VII. 1. Einzelpreis M. 2.—.

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Pädagogischen Psychologie und Physiologie

herausgegeben von

Prof. Th. Ziegler (Strassburg) & Prof. Th. Ziehen (Halle).

DIE GEISTESKRANKHEITEN

DES

KINDESALTERS

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG

DES

SCHULPFLICHTIGEN ALTERS

VON

Dr. Th. Ziehen,
professor a. d. universität halle a. s.

ZWEITES HEFT.

BERLIN,
Verlag von Reuther & Reichard
1904.

M
13996

SAMMLUNG VON ABHANDLUNGEN AUS DEM GEBIETE DER PÄDAGOGISCHEN PSYCHOLOGIE UND PHYSIOLOGIE

von Band VI an herausgegeben von

Dr. THEOB. ZIEGLER
ord. Prof. a. d. Univ. Strassburg

und

Dr. THEOD. ZIEHEN
ord. Prof. an der Univ. Halle.

Subskriptionspreis für den Band im Umfang von ungefähr 30 Bogen 7 Mark 50 Pfg.

Der soeben zum Abschluss gelangte Band VI brachte nachstehende Abhandlungen:

1. **Der Werkunterricht** in seiner soziologischen u. physiolog.-pädag. Begründung von *H. Scherer*, Schulinspektor (Worms). M. 1.—.
2. **Stotternde Kinder** von *Dr. med. A. Liebmann*, Arzt für Sprachstörungen (Berlin). M. 2.40.
3. **Die Kurzsichtigkeit,** ihre Entstehung und Bedeutung von *Dr. J. Stilling*, Prof. d. Augenheilkunde (Strassburg i. Els.). M. 2.—.
4. **Gefühl und Bewusstseinslage.** Eine kritisch-experimentelle Studie von *Dr. Johannes Orth* (Würzburg). M. 3.—.
5. **Schulen für nervenkranke Kinder.** Die Frühbehandlung und Prophylaxe der Neurosen und Psychosen. Von *Dr. Stadelmann*, Nervenarzt (Würzburg). M. 0.75.
6. **Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter** von *Dr. Mönkemöller*, Oberarzt (Osnabrück). M. 2.80.

An weiteren Beiträgen sind zugesagt:

Über philosophische Propädeutik von Prof. Dr. R. LEHMANN.

Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. III. Von Prof. Dr. TH. ZIEHEN.

Über ästhetische Erziehung von Prof. Dr. R. LEHMANN.

Die Hysterie im Kindesalter von Geh. Hofrat Prof. Dr. O. BINSWANGER.

Über Veitstanz auf der Schule von Dr. O. DORNBLÜTH.

Pädagogische Streit- und Zeitfragen von Prof. Dr. THEOB. ZIEGLER.

Die Didaktik des neusprachlichen Reformunterrichts in ihrem psychologischen Zusammenhang von Oberlehrer Dr. EGGERT.

Die speziellen Eigentümlichkeiten der Anatomie und Physiologie des kindlichen Gehirns von Dr. M. PROBST.

Einfluss der Epilepsie auf die geistige Entwicklung des Kindes u. Schulpflicht epilept. Kinder von Dr. H. BRATZ.

Über Autorität in der Erziehung von Prof. Dr. JERUSALEM.

Über Auffassung von A. NETSCHAJEFF.

DIE VERLAGSBUCHHANDLUNG.

22502881931

VERLAG VON REUTHER & REICHARD IN BERLIN W. 9.

Gegründet 1878.

Soeben erschien in unserm Verlage:

Das

Seelenleben des Kindes.

Ausgewählte Vorlesungen

von

Dr. Karl Groos.

Professor der Philosophie a. d. Univ. Giessen.

In moderner Ausstattung. Preis Mk. 3,—, geb. Mk 4,—.

Aus der Einleitung des Verfassers:

Es wird kaum bestritten werden können, dass wir hier einen der interessantesten und liebenswürdigsten Gegenstände der Forschung vor uns haben. Denn wer könnte dem Zauber völlig widerstehen, der von der Kinderwelt ausstrahlt, dieser heiteren Welt des Spiels und der Freude, in der zwar auch das Leid nicht fehlt, wo es aber doch nur wie ein schnell vorüberrauschendes Sommergewitter aufzutreten pflegt — hinter dem schwarzen Gewölk leuchtet schon wieder der blaue Himmel hervor! — während jene graue, verdriessliche, jene schwer und dauernd lastende Nebel- oder Landregenstimmung der Sorge noch fern ist, die uns Erwachsene fast niemals gänzlich verlässt. „Linné," sagt Stumpf in der ersten Sitzung des Berliner Vereins für Kinderpsychologie, „hat bekanntlich die Botanik die scientia amabilis genannt, die liebenswürdige Wissenschaft. Dies passt auf die heutige Botanik weniger, deren Vertreter nicht mehr mit der Trommel aufs Feld spazieren, Herbarien anlegen und Staubfäden zählen, sondern die ‚Kinder des Feldes' mit dem Rasiermesser zerschneiden, bis man nichts mehr sieht als Zellgewebe, oder sie mit Rotations- und Schüttelmaschinen, verkehrter Aufhängung, Erhitzung und Erkältung, Dunkelarrest oder elektrischem Licht statt des lieben Sonnenlichts bearbeiten. Dergleichen tun wir bei unseren Kindern nicht. Wenigstens, wenn wir sie einsperren und sonst ‚bearbeiten', geschieht es um ihres eigenen Besten willen, nicht bloss um psychologische Betrachtungen zu machen. Wir werden daher wahrscheinlich nicht so weit kommen wie die Botaniker — aber soviel ist gewiss: wenn heut' irgend eine Wissenschaft den Namen der ‚liebenswürdigen' vor anderen verdient, so ist es die Kinderpsychologie, die Wissenschaft vom Teuersten, Liebsten und Liebenswürdigsten, was wir auf der Welt haben, was wir hegen und pflegen, eben darum aber auch studieren müssen."

Ein so freundlich anlockendes Gebiet birgt aber gewöhnlich auch mancherlei Gefahren, besonders wenn es sich um eine noch junge Wissenschaft handelt, wie es die Kinderpsychologie ist. Wie in ein neuentdecktes Goldland drängen sich Berufene und Unberufene hinein; jeder hofft glänzende Schätze zu gewinnen, und doch kehren viele, denen es an den

03. 2471.

unentbehrlichen Kenntnissen und an dem nötigen Handwerkszeug fehlt, mit leeren Händen oder, was schlimmer ist, mit gleissenden, aber wertlosen Fundstücken heim. Daher haben mehrere bedeutende Psychologen in den letzten Jahren das Bedürfnis empfunden, diesem wissenschaftlichen Goldfieber gegenüber ihre warnende Stimme zu erheben. „Es schien mir", so sagt z. B. Benno Erdmann in dem Vorwort zu einem 1901 veröffentlichten Vortrag über die Psychologie des Kindes und die Schule, „gerade gegenwärtig angezeigt, dazu zu helfen, dass der Eifer, mit dem die Arbeit auf diesem Gebiete auch bei uns betrieben wird, nicht ausarte. Es ist immer eine Freude, Enthusiasmus zu finden; aber der Enthusiasmus wird bedenklich, wenn er dazu verführt, Unsicheres für Sicheres anzunehmen, Verheissungen als Erfüllungen anzusehen." — Auch ich werde in diesen Vorlesungen nirgends den Versuch machen, absichtlich die Schwierigkeiten des Gegenstandes im allgemeinen und die Unsicherheit vieler Forschungsergebnisse im einzelnen zu verhüllen auf die Gefahr hin, der Aufmerksamkeit hier und da einige Anstrengung zumuten zu müssen.

INHALT:

Einleitung. — **Erster Hauptabschnitt. Aus dem allgemeinen Teile der Kinderpsychologie.** I. Begriffliche Orientierung. II. Die Aufgaben der Kinderpsychologie. III. Die Methoden der Beobachtung. IV. Die Einteilung des kindlichen Seelenlebens. V. Ererbte und erworbene Reaktionen. VI. Das Spiel als natürliche Selbstausbildung des Kindes.

Zweiter Hauptabschnitt. Aus dem speziellen Teil der Kinderpsychologie. Erste Abteilung: Die Reproduktion und deren Wirkungen. VII. Die Assoziationen. VIII. Erlernen und Vergessen. IX. Die Erinnerungstäuschungen. X. Die kombinatorische Phantasie. XI. Die Auffassung oder Apperception. XII. Das Wiedererkennen. XIII. Die Illusion. Zweite Abteilung: Das Erkennen. XIV. Der Begriff. XV. Das Urteil. XVI. Der Schluss.

Wie aus vorstehender Inhaltsübersicht erhellt, beabsichtigt der Verfasser nicht, in gleichmässiger Durchführung einen zur Zeit überhaupt noch nicht möglichen Überblick über das ganze Gebiet des Seelenlebens des Kindes zu geben. Sein Plan geht vielmehr dahin, zuerst in einem allgemeinen Teil sich mit dem Wesen der Kinderpsychologie und den Lebensbedingungen der Kindheit zu befassen, um dann in einem speziellen Teil zur Besprechung ausgewählter Einzelfragen überzugehen, die für alle Erzieher von hohem Interesse sein müssen.

Bestellungen auf das vorstehende Werk nehmen alle grösseren Buchhandlungen an.

Die bisher von den Herren Geh. Oberschulrat Prof. Dr. H. Schiller und Prof. Dr. Th. Ziehen herausgegebenen ersten fünf Bände enthalten folgende Abhandlungen:

Band I:

1. **Stundenplan.** Der Stundenplan. Ein Kapitel aus der pädagogischen Psychologie und Physiologie von *Prof. Dr. H. Schiller.* M. 1.50.
2. **Sprachphysiologie.** Die praktische Anwendung der Sprach physiologie beim ersten Leseunterricht von *Dr. H. Gutzmann.* Mit 1 Tafel. M. 1.50.
3. **Ueber Willens- und Charakterbildung** auf physiolog.-psychologischer Grundlage. Von *Prof. Dr. J. Baumann.* M. 1.80.
4. **Unterricht und Ermüdung.** Ermüdungsmessungen an Schülern des Neuen Gymnasiums in Darmstadt von *Dr L. Wagner.* Mit zahlr. Tabellen. M. 2.50.
5. **Das Gedächtnis.** Von *Gymn.-Dir. Dr. F. Fauth.* M. 1.80.
6. **Die Ideenassoziation des Kindes.** 1. Abhandlung von *Prof. Dr. Th. Ziehen.* M. 1.50.

Band II:

1. **Arbeitshygiene.** Arbeitshygiene der Schule auf Grund von Ermüdungsmessungen v. *Oberlehrer Dr. F. Kemsies.* M. 1.60.
2. **Selbsterziehung.** Psychologische Analyse der Thatsache der Selbsterziehung von *Dr. G. Cordes.* M. 1.20.
3. **Die Kunst des psycholog. Beobachtens.** Praktische Fragen der pädag. Psychologie von *Gymn.-Dir. Dr. O. Altenburg.* M. 1.60.
4. **Orthographie.** Studien und Versuche über die Erlernung der Orthographie in Gemeinschaft mit *H. Fuchs* und *A. Haggenmüller* veröffentlicht von *Prof. Dr. H. Schiller.* M. 1.50.
5. **Nervosität.** Ausserhalb der Schule liegende Ursachen der Nervosität der Kinder. Von *Prof. Dr. A. Cramer.* M. 0.75.
6. **Die psycholog. Grundlage** des Unterrichts. Von *Oberlehrer Dr. A. Huther.* M. 2.—.
7. **Sprachunterricht.** Das Studium der Sprachen und die geistige Bildung. Von *Oberlehrer A. Ohlert.* M. 1.20.
8. **Apperception.** Die Wirksamkeit der Apperception in den persönlichen Beziehungen des Schullebens. Von *Gymn.-Lehrer Dr. A. Messer.* M. 1.80.

Band III:

1. **Schulärzte.** Die Schularztfrage. Ein Wort zur Verständigung von *Prof. Dr. H. Schiller.* M. 1.20.
2. **Soziales Bewusstsein.** Die Entwickelung des sozialen Bewusstseins der Kinder. Studie zur Psychologie und Pädagogik der Kindheit von *Prof. Will. S. Monroe.* M. 2.—.
3. **Ueber den Reiz des Unterrichtens.** Eine pädagogisch-psychologische Analyse von *Dir. Dr. F. Schmidt.* M. 0.80

4. **Die Ideenassoziation des Kindes.** II. Abhandlung von *Prof. Dr. Th. Ziehen.* M. 1.60.
5. **Herbarts Psychologie.** Das Verhältnis der Herbart'schen Psychologie zur physiologisch-experimentellen Psychologie von *Prof. Dr. Th. Ziehen.* M. 1.30.
6. **Sprachunterricht.** Kritische Untersuchungen über Denken, Sprechen und Sprachunterricht von *Priv.-Dozent Dr. Aug. Messer.* M. 1.25.
7. **Rechenunterricht.** Die Zahl im grundlegenden Rechenunterricht. Entstehung, Entwickelung und Veranschaulichung derselben unter Bezugnahme auf die physiologische Psychologie von *Lehrer G. Schneider.* M. 1.60.

Band IV:

1. **Deutscher Aufsatz.** Der Aufsatz in der Muttersprache. Eine pädag.-psychol. Studie von *Prof. Dr. H. Schiller.* I. Die Anfänge d. Aufsatzes im 3. Schuljahre. M. 1.50.
2. **Kieler Erlass.** Die neueste Wendung im preuss. Schulstreite u. d. Gymnasium. Eine Beleuchtung der Gymnasialfrage vom Standpunkte der pädag. Psychologie u. Sozialpädagogik. I. Der Kieler Erlass vom 26. November 1900 Von *Prof. F. Hornemann.* M. 1.60.
3. **Sprachstörungen** geistig zurückgebliebener Kinder von prakt. Arzt *Dr. med. A. Liebmann.* M. 1.80.
4. **Pflanzenkenntnis.** Die Entwickelung der Pflanzenkenntnis beim Kinde und bei Völkern. Mit 14 Kinderzeichnungen. Von *Dr. phil. W. Ament.* M. 1.80.
5. **Schwerhörige Kinder.** Psych. Entwickel. u. pädag. Behandlung schwerhöriger Kinder von *Karl Brauckmann.* M. 2.—.
6. **Sprachunterricht.** Ueber Sprach- und Sachvorstellungen. Ein Beitrag zur Methodik d. Sprachunterrichts von *Hauptlehrer O. Ganzmann.* M. 1.80.

Band V:

1. **Die Geisteskrankheiten** des Kindesalters. Mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters von *Professor Dr. Th. Ziehen.* I. Heft. M. 1.80.
2. **Schulärzte.** Staatliche Schulärzte von *Prof. Dr. G. Leubuscher.* M. 1.60.
3. **Deutscher Aufsatz.** Der Aufsatz in der Muttersprache von *Prof. Dr. H. Schiller.* II. Der Aufsatz im 4.—8. Schuljahre. (Alter 9—14 Jahre). M. 1.60.
4. **Kindersprache.** Begriff und Begriffe der Kindersprache von *Dr. phil. W. Ament.* M. 2.—.
5. **Ueber Memorieren.** Eine Skizze aus dem Gebiete der experimentellen pädagogischen Psychologie. Von *A. Netschajeff.* M. 1.—.
6. **Die Raumphantasie** im Geometrie-Unterricht. Ein Beitrag zur methodischen Ausgestaltung des Geometrie-Unterrichts aller Schulgattungen. Von *E. Zeissig.* M. 2.40.
7. **Psychische Kapazität.** Schwankungen der psych. Kapacität. Einige experimentelle Untersuchungen an Schulkindern. Von *M. Lobsien.* Mit 17 fig. Darstellungen. M. 3.—.

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Pädagogischen Psychologie und Physiologie

herausgegeben von

Prof. Th. Ziegler (Strassburg) & Prof. Th. Ziehen (Halle).

VII. Band, 1. Heft.

DIE GEISTESKRANKHEITEN DES KINDESALTERS

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DES SCHULPFLICHTIGEN ALTERS

von

Dr. TH. ZIEHEN,

professor a. d. universität halle a. s.

ZWEITES HEFT.

BERLIN,

Verlag von Reuther & Reichard

1904.

Alle Rechte, auch das der Übersetzung vorbehalten.

Druck von Paul Schettlers Erben, Gesellsch. m. b. H., Hofbuchdruckerei in Cöthen.

Dementia bei Herderkrankungen.[1])

Wenn Herderkrankungen des Gehirns sehr früh, etwa im 1. bis 4. Lebensjahre, auftreten, so bedingen sie sehr häufig eine Störung der gesamten Entwicklung des Gehirns, welche mit den durch erbliche Belastung und andere ursächliche Momente hervorgerufenen angeborenen Entwicklungsstörungen nahezu identisch sein kann. Es besteht dann das Bild der Imbezillität, wie dies bereits in der 1. Abhandlung S. 16 auseinandergesetzt worden ist. Anders gestalten sich die Symptome, wenn erst in den späteren Kindheitsjahren eine Hirnerkrankung auftritt. Die Entwicklung des Gehirns ist dann wenigstens bereits im Groben abgeschlossen, und daher wird die Gesamtentwicklung des Gehirns nicht mehr in so ausgesprochener Weise gestört. Dementsprechend findet man nicht das Bild der Imbezillität, d. h. des angeborenen Schwachsinnes, sondern die psychischen Krankheitserscheinungen gleichen mehr denjenigen, welche wir bei dem Erwachsenen nach Herderkrankungen des Gehirns beobachten. Sie beschränken sich nämlich im wesentlichen auf eine relativ geringe Einbusse der intellektuellen Fähigkeiten und eine gesteigerte affektive Erregbarkeit. Erstere äussert sich namentlich in einer leichten Abnahme der Urteilskraft, letztere in einer krankhaften Reizbarkeit.

Selbstverständlich ist die Grenze zwischen der durch Herderkrankungen der frühesten Kinderjahre bedingten Imbezillität und der an Herderkrankungen der späteren Kindheit sich anschliessenden Demenz in keiner Beziehung scharf. Dort werden Vorstellungen überhaupt nicht in normaler Zahl erworben, hier waren sie erworben, gehen aber durch die Herderkrankung zum Teil verloren. Eine genaue Beobachtung lehrt jedoch, dass auch im letzteren Falle nicht nur alter Besitz von Vorstellungen verloren geht, sondern auch der Neuerwerb von Vorstellungen beschränkt ist. Namentlich bei Herderkrankungen, welche z. B. im 5. oder

[1]) Als Herderkrankungen bezeichnet man solche Hirnkrankheiten, bei welchen der Krankheitsprozess auf eine einzelne mehr oder weniger grosse Stelle im wesentlichen beschränkt ist.

6. Lebensjahre auftreten, kann man diese Kombination des angeborenen und des erworbenen Defekts, der Imbezillität und der Demenz sehr schön beobachten. Je älter das Kind bei dem Auftreten der Hirnerkrankung ist, um so mehr überwiegt im klinischen Bild der erworbene Defekt.

Die wichtigsten Hirnkrankheiten, welche für diese Demenz bei Herderkrankungen des späteren Kindesalters in Betracht kommen, sind folgende:[1])

1. Encephalitische Herderkrankungen, wie sie namentlich nach akuten Infektionskrankheiten auftreten, z. B. nach Scharlach, Typhus, Influenza, Masern, Diphtherie u. s. f.

2. Hirnblutungen, wie sie z. B. bei Keuchhusten, Kopfverletzungen (Kopftraumen) u. s. f. beobachtet werden. Durch Kopftraumen werden zuweilen auch Quetschungsherde (Kontusionen) in der Hirnsubstanz bedingt, welche eine ganz ähnliche Demenz hervorrufen können. Auch durch die einfache Erschütterung (Commotion)[2]) können Veränderungen in der Hirnrinde hier und da zustande kommen, welche ebenfalls klinisch in dem Bilde der Demenz sich äussern (Dementia traumatica). Diese Veränderungen sind oft nur mikroskopisch nachweisbar.

3. Syphilitische Herderkrankungen, z. B. die sog. gummöse Meningitis, die syphilitische Venenthrombose des Kindesalters u. a. m.

4. Embolische Verstopfungen von Hirngefässen, wie sie namentlich bei Endocarditis, aber auch bei Infektionskrankheiten beobachtet werden.

Bei den Hirngeschwülsten (Tuberkeln u. s. f.), die im Kindesalter relativ häufig vorkommen, werden die Erscheinungen des Defekts meistens durch die schweren anderweitigen Symptome verdeckt; zudem gelangen sie infolge des baldigen tötlichen Ausgangs nicht zu voller Entwicklung.

Die Hauptsymptome wurden oben bereits angeführt. Es handelt sich um eine relativ geringe Einbusse des Vorstellungsbesitzes, eine Abnahme der Merkfähigkeit und der Urteilskraft, und eine gesteigerte affektive Reizbarkeit. Meist ist der Verlauf zunächst progressiv, dann aber bleibt der Defekt, wofern wenigstens die Hirnerkrankung selbst nicht fortschreitet, stationär, nicht selten

[1]) Bezüglich aller Einzelheiten verweise ich auf Freud, Die infantile Cerebrallähmung in Nothnagels Spez. Path. u. Ther. Wien 1897.

[2]) Dass solche Commotionen auch funktionelle Psychosen (ohne Intelligenzdefekt) und funktionelle Neurosen hervorrufen können, wird später wiederholt besprochen werden.

erfolgt sogar eine wesentliche Rückbildung. Der Grad der Störungen ist ausserordentlich verschieden. Es hängt dies bis zu gewissem Grad von der Ausdehnung und dem Sitz der Herderkrankung ab. Besonders gefährlich sind multiple Herderkrankungen (multiple syphilitische Herde, ferner die sog. multiple Sklerose), zumal gerade diese häufig zugleich progressiv sind. Auch die Einzelheiten des klinischen Bildes sind ungemein mannigfaltig. Nicht selten betrifft der erworbene Defekt vorzugsweise das ethische Gebiet, so dass man unzweckmässiger Weise von einem erworbenen moralischen Irresein gesprochen hat (vergl. Abhandlung 1, S. 39). In anderen Fällen überwiegt der Defekt der Merkfähigkeit, in wieder anderen die affektive Reizbarkeit. Dazu kommen die speziellen körperlichen Störungen, welche von dem Sitz der Herderkrankung abhängig sind, wie halbseitige Lähmungen (sog. cerebrale Kinderlähmung)[1]), Aphasie u. s. f. Auch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen können dauernd oder — öfter — vorübergehend das Krankheitsbild komplizieren.

Die pathologische Anatomie deckt ausser der Herderkrankung bei sorgfältiger Untersuchung in der Regel diffuse Veränderungen (sog. sekundäre Sklerose) auf, welche von dem Krankheitsherd aus sich über einen grossen Teil des Gehirns und speziell der Hirnrinde ausbreiten.

Die Behandlung kann versuchen, durch Jodsalze die Resorption bezw. Vernarbung des Herdes zu beschleunigen. Zuweilen hat man den Eindruck, dass in der Tat auf diesem Wege günstige Resultate erzielt werden. Bei syphilitischen Herderkrankungen ist selbstverständlich ausser der Jodbehandlung eventuell auch eine Quecksilberbehandlung angezeigt. Die erzieherische Behandlung ist im wesentlichen dieselbe, wie bei der Imbezillität.

Beispiel X. M. Der 14jährige Knabe fiel im Jahre 1896 von einem Baum auf einen steingepflasterten Hof. Sofort wurde ein Bruch der Schädelknochen und zwar des linken Scheitelbeines und eine rechtsseitige lähmungsartige Schwäche der Extremitäten und der Gesichtsmuskeln konstatiert. Drei Wochen lag der Patient völlig bewusstlos, nur ab und zu traten Erregungsanfälle auf. In den ersten 6 Wochen Einnässen. Sprachfähigkeit anfangs fast total erloschen (motorische Aphasie). Durch eine Operation anfang 1897 wurden die eingedrückten Knochenfragmente entfernt.

[1]) Die psychischen Störungen bei der letzteren finden sich sehr übersichtlich zusammengestellt bei Mercklin, Petersb. Med. Wchschr. 1887, Nr. 13, S. 101.

Seitdem besserte sich die Lähmung und die Sprache erheblich. Auch der geistige Zustand, welcher anfangs demjenigen einer schweren Demenz entsprach, erholte sich sichtlich. Trotzdem blieb ein zweifelloser Defekt zurück. Ich habe den Knaben jahrelang fortgesetzt beobachtet und hebe aus den zahlreichen Untersuchungen nur einzelne psychische Symptome hervor. Sein intellektueller Zustand wird durch einen Brief charakterisiert, den er im 18. (!) Lebensjahre, fast 4 Jahre nach dem Unfall, schrieb und aus dem ich einen Abschnitt wörtlich mitteile: „In dem deutschen Fache sind wir gerade mit dem Epos Hermann und Dorothea fertig. Ja, ich sehe, die Welt kommt vorwärts in Kunst und Litteratur. Wenn die Völker sich doch nicht immer bekriegen und die eroberten Sachen fortschleppen wollten! Das wäre ein Fortschritt von der Kultur. Die Lehre der Chemie ist auch höchst interessant, aber man muss sich doch riesig in Acht nehmen, sonst entwickelt sich zu leicht Knallgas und Stoffe, die mit dem sehr gefährlichen Phosphor Aehnlichkeit haben. Infolgedessen entwickelte sich bei uns eine kleine Explosion. Freut euch des Lebens, dass noch das Lämpchen glüht, pflücket die Rosen, eh' sie verblühn. Gewiss, das Liedel muss in Erfüllung gehen, denn die Rosen sind ja die wenigen fröhlichen Jahre, die ein Mensch mit Mühe und Not verleben muss. Und jetzt stehe ich in angehenden Jahren, das Leben ernst und männlich zu nehmen" u. s. f.

Aus dem 15. Lebensjahre stammt folgende Briefstelle: „Aus der Zeit entquell, der aller Menschheit Licht in der unendliche Tiefe in Darstellung der Christenheit, leuchtet schon im Religionskreis entgegen. So mancher arme Mensch kann es nicht in der geringsten Kleinigkeit sich selbst zu spenden. Diese Paar Worte zeigt die Enthaltung und Umhüllung vieler Gedankenspäne zurück" u. s. f. Gegenüber den angeborenen Defektzuständen ist diese fast sinnlose Häufung von Worten für komplizierte Vorstellungen sehr charakteristisch.[1])

In einem weiteren Brief heisst es: „Alle interessieren sich für mich: Stattliche Figur, schneidiges Aussehen. Überhaupt heisst es: der reiche Mann (Kleidonien)". Seine Eitelkeit streifte zuweilen hart an Grössenwahn. So berief er sich auf einige etwa der Stufe eines 9jährigen Kindes entsprechende Zeichnungen und verlangte

[1]) Die anfängliche Aphasie war damals bereits sonst kaum mehr nachgewiesen, indessen dürfte sie doch bei den Fehlern der Satzkonstruktion (Akataphasie) noch nachwirken.

„Kunstmaler" zu werden. Am hervorstechendsten war der ethische Defekt. Während er vor dem Unfall intellektuell gut veranlagt war, war seine Charakterentwicklung schon stets nicht ganz günstig gewesen. Nach dem Unfall entwickelten sich mehr und mehr schlechte Charaktereigenschaften, namentlich Unwahrhaftigkeit und brutale Zornmütigkeit. Einmal lief er ganz sinnlos aus dem Institut weg.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass hier eine Defektpsychose sich im Anschluss an eine traumatische Herderkrankung des Gehirns entwickelt hat. Die eigenartige Färbung des Intelligenzdefekts, wie sie sich in den Briefen spiegelt, ist nach anderweitiger Erfahrung auf das Pubertätsalter zu beziehen. Ein Dementia hebephrenica, wie sie weiter unten beschrieben wird, lag nicht vor. Anderweitige wesentliche ätiologische Momente waren nicht nachzuweisen.

Dementia hebephrenica s. praecox (Hebephrenie).

Die Dementia hebephrenica oder Hebephrenie ist eine erworbene Defektpsychose, welche in der Pubertät auftritt und durch einen progressiven primären Intelligenzdefekt und mehrere charakteristische Begleitsymptome (Apathie, Stereotypien, Hemmungen etc., s. unten) ausgezeichnet ist. Wenn auch die meisten Fälle der Hebephrenie erst in den späteren Pubertätsjahren (bis gegen das 21. Lebensjahr hin) auftreten, so kommen doch auch schon vom 12. Lebensjahr an, noch vor dem Auftreten ausgesprochener Pubertätsmerkmale unzweifelhafte Fälle von Hebephrenie vor. In allerdings sehr seltenen Fällen konnte ich die Entwickelung einer typischen Hebephrenie bis in das 7. Lebensjahr zurückverfolgen: es sind dies Fälle, in welchen die weitere Beobachtung eine abnorm frühe Pubertätsentwicklung ergibt. Für die obersten Schulklassen der höheren Schulen, in welchen die Mehrzahl der Schüler sich gerade in der Pubertätsentwicklung befindet, hat die Hebephrenie eine ganz ausserordentliche Bedeutung und verdient daher die nachfolgende eingehende Besprechung.

Literatur.

Der Name Hebephrenie stammt von Kahlbaum, dessen Schüler Hecker die erste exakte wissenschaftliche Beschreibung gab in Virchows Archiv, Bd. 52, S. 394 (vergl. auch Irrenfreund 1877,

H. 4 u. 5). Einzelne Fälle sind selbstverständlich schon vor Kahlbaum beobachtet und beschrieben worden (vergl. z. B. Ideler, Über die Heilbarkeit der Dementia, Charité-Annalen 1853, Jahrgang 4, S. 165). Die erste Kahlbaum-Heckersche Beschreibung gab übrigens nur eine Erscheinungsform der Krankheit wieder. Schon Fink, ein Schüler Rineckers (Beitrag zur Kenntnis des Jugendirreseins, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 37, S. 490[1]) hat — übrigens im Anschluss an die zweite Arbeit Heckers — den Begriff wesentlich erweitert. In neuester Zeit ist von manchen Seiten diese Erweiterung des Begriffes der Hebephrenie in ganz missbräuchlicher Weise noch weiter getrieben worden. Von wichtigeren Arbeiten über die Hebephrenie sind noch folgende anzuführen:

Diederichs, Über Hebephrenie, Dissert. Würzburg 1876;

Sterz, Über psychische Störungen im Pubertätsalter, Jahrb. f. Psychiatrie 1879, Bd. 1, S. 94—119.

Mairet, Ann. méd. psych. 1888, Nov. S. 340.

Daraszkiewicz, Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form, Dorpat 1892;

Marro, Le psicosi della pubertà, 2. Aufl. 1891, S. 99 ff.

Christian, Ann. méd. psych. 1899, Janv. S. 43.

Séglas, Ann. méd. psych. 1900, Septbr. — Oktbr., S. 232.

Kraepelin, Psychiatrie, 6. Aufl., S. 137.

Ziehen, Verhandl. des internat. med. Cong., Paris 1900, und Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig, S. 691 ff.;[2])

Scholz, Über Pubertätsschwachsinn. Allg. Ztschr. für Psychiatrie, Bd. 53, S. 912.

Vigouroux, Contribution à l' étude de la démence précoce Ann. méd. psych. 1894, Janv. S. 62.

Pick, Über primäre chronische Demenz (sog. Dementia praecox) im jugendlichen Alter, Prag. med. Wschschr. 1891, Nr. 27.

Wille, Die Psychosen des Pubertätsalters, Leipzig u. Wien 1898, S. 131 ff.

R. Masselon, Psychologie des déments précoces. Thèse de Paris 1902.

Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox, Halle 1903;

Trömner, Die Dementia praecox, Halle 1900;

[1]) Vergl. auch die Diskussion, ebenda S. 570.

[2]) Die folgende Darstellung ist grösstenteils meiner Psychiatrie entlehnt.

Stransky, Zur Kenntniss gewisser erworbener Blödsinnsformen, Jahrb. f. Psychiatrie 1903;

Die Bezeichnung Dementia praecox stammt von Clouston, welcher 1888 von „premature dementia“ sprach (vergl. auch The neuroses of development, London 1891, desselben Autors). Rieger bevorzugt die Bezeichnung Dementia simplex. Italienische Autoren sprachen von „Demenza primitiva“. Die französische Bezeichnung Démence précoce wird häufig auch in einem ganz anderen Sinn gebraucht.

Symptomatologie.

Empfindungsstörungen. Bei den typischen Formen fehlen diese vollkommen, oder finden sich ganz vereinzelt. Bei der unten näher zu besprechenden paranoiden Varietät sind sie zahlreicher: die Kranken sehen Tiere, Ritter, schwarze Gestalten, Engel u. dgl. m.; die Stimmen sind meist sehr unbestimmten Inhalts; Geruchs- und Geschmackstäuschungen gesellen sich oft hinzu. Wiederholt habe ich in solchen Fällen Selbstvisionen und Verdopplungsgefühle beobachtet. — Sehr häufig ist bei allen Formen eine ausgeprägte Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize, hingegen ist die Berührungsempfindlichkeit intakt.

Affektstörungen. Die herrschende Affektstörung besteht in einer schweren Apathie. Die Kranken werden gleichgiltig gegen ihren Beruf, gegen ihre Familie, gegen Leiden und gegen Vergnügen. Alle Affekte scheinen eingeschlafen oder sind sehr oberflächlich. Fürchten, Wünschen, Hoffen ist erstorben. Oft widersprechen die Affekte auch geradezu dem Vorstellungsinhalt. Im Beginn der Krankheit besteht oft neben dieser Apathie eine unverkennbare Depression. Auch schwere interkurrente Angstaffekte kommen vor. Seltener ist eine unmotivierte heitere Erregung. Im Familienkreise sind die Kranken zuweilen auch sehr reizbar, namentlich, wenn die Umgebung die Kranken aus ihrer Lethargie aufzurütteln, z. B. zur Arbeit zu nötigen versucht. Eine Neigung zu einem sehr oberflächlichen Pathos erhält sich zuweilen noch recht lang. — Infolge von Halluzinationen und Wahnvorstellungen (s. u.) kommen bei der paranoiden Form sekundäre Affektstörungen hinzu.

Vorstellungen. Das entscheidende Symptom der Dementia hebephrenica ist der charakteristische Intelligenzdefekt, dessen

Eigenartigkeit meist schon zur Diagnose hinreicht. Die Erinnerungsbilder als solche sind meistens gut erhalten. Man darf sich nur nicht durch die Apathie und die Hemmungen und Perseveration der Kranken täuschen lassen. So wird man z. B. oft auf die Frage 7×8 die richtige Antwort 56 erhalten, auf jede folgende Frage, z. B. 7×9, nun aber immer wieder 56 zu hören bekommen (Perseveration). Beginnt man am folgenden Tag das Examen mit 7×9, so erhält man nicht selten die richtige Antwort. In anderen Fällen antworten die Kranken wochenlang überhaupt nicht, bis es einmal bei einer günstigen Konstellation gelingt, die richtige Antwort zu erzielen. Schliesslich antworten die Kranken aus Trägheit zuweilen ganz ins Blaue hinein, und erst durch gewaltsames Aufrütteln der Aufmerksamkeit gelingt es, eine Antwort und zwar eine korrekte aus dem Kranken herauszuzwingen. Infolge aller dieser Schwierigkeiten der Untersuchung überschätzt man meist den Gedächtnisdefekt. Tatsächlich ist derselbe sehr gering. Auch die Merkfähigkeit ist zwar stets etwas herabgesetzt, jedoch viel weniger, als man bei oberflächlicher Untersuchung glauben möchte.

Charakteristisch ist z. B. auch folgende Assoziationsprobe. Dem Kranken wird 435 diktiert, er schreibt „vier 530“, unmittelbar danach soll er aufschreiben wie viel 7×8 ist, und er schreibt nieder „vier 430“. An einem andern Tag soll der Kranke 5×8 rechnen: er schreibt 850 und sagt dabei „acht und fünfzig.“ Oft schreiben die Kranken auch trotz deutlichster Aufforderungen nur immer den Wortlaut der an sie gestellten Frage auf. Andere schreiben auf jede Frage ihren Namen u. s. f.

Beträchtlicher ist die Störung der Ideenassoziation. Vor allem ist schon die Aufmerksamkeit, und zwar namentlich die Vigilität geschädigt. Reize wecken keine Vorstellungen und auch ein und derselbe Reiz vermag nicht längere Zeit hindurch Vorstellungen auf sich zu konzentrieren. Man darf nur die stereotype, perseverierende Wiederkehr derselben Vorstellung nicht mit einer Tenazität der Aufmerksamkeit verwechseln. Dieser schwere Defekt der Aufmerksamkeit beruht z. T., jedoch nicht ausschliesslich auf der oben erwähnten allgemeinen Apathie, z. T. ist er als eine primäre Assoziationsstörung aufzufassen. Fragen werden daher auch oft ganz ohne Beziehung zu ihrem Inhalt beantwortet oder die Antwort knüpft nur an ein einzelnes Wort der Frage ohne

Rücksichtnahme auf ihren Sinn an[1]) („Vorbeireden“ oder Paralogie). Die Urteile fallen durch ihre Unbestimmtheit und Unklarheit auf.

Sehr auffällig ist ferner die Schädigung der kombinatorischen Assoziationsfähigkeit. Das Denken des Hebephrenikers ist fast absolut unproduktiv. Seine Gedanken treten immer auf derselben Stelle. Der Gedankengang dreht sich zuweilen wochenlang um einige wenige Phrasen. Am schönsten lässt sich dies mit Hülfe der Ebbinghaus'schen Methode[2]) nachweisen.

Dazu kommt nun noch oft die Neigung zu Perseverationen und Stereotypien. Die einzelnen Vorstellungen, die einmal angeregt worden sind, haften abnorm lange (Perseveration), und andere Vorstellungen haben auch unabhängig von äusserer Anregung eine dauernde Überwertigkeit, so dass sie auch ohne Anregung immer wiederkehren (Stereotypien). Dadurch wird das Denken der Kranken vollends alles Fortschreitens beraubt. Daher wimmeln auch die Schriftstücke oft von Wortwiederholungen und Pleonasmen.

Eine charakteristische Unterhaltung mit einem typischen Hebephreniker ist z. B. auch folgende:

(Wer bin ich?) „Doktorchen.“

(Wer ist das?) „Das hohe Wärterchen.“

(In welchem Haus sind Sie hier?) „Im Augen — im Augenhaus — im Augenkrankenhaus.“

(An welchem Tag sind Sie geboren?) „24. Mai, 25. Mai, 26. Mai 1851.“

(Wie lange sind Sie hier?) „63, 73, 93 soviel Jahre zusammen multipliziert und addiert.“

(In welchem Jahre sind Sie hier aufgenommen worden?) „Warten Sie, warten Sie, warten Sie, warten Sie, 5, 6, 7, warten Sie, 75, 43.“

(Sind Sie krank?) „An der Zunge, ein Zungenleiden, ein Nasenleiden.“

---

[1]) Auf diese und ähnliche Urteilsstörungen hat zuerst Kahlbaum die Aufmerksamkeit gelenkt. Er beschreibt sie als Disjekturen und Disterminationen (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 26, S. 357 u. Bd. 27, S. 365. Sie spielen gerade bei Kinderpsychosen eine grosse Rolle.

[2]) Ztschr. f. Psychologie u. Phys. d. Sinne, Bd. 13, S. 401. Vergl. auch Ziehen, Psychiatr. en Neurol. Bladen 1902, Nr. 1.

(Was haben Sie an der Nase?) „Dass ich so toll an der Nase gekratzt habe.“ (NB. reibt Pat. seit Monaten stundenlang über den Nasenrücken hin).

(Sind Sie geisteskrank?) „Nein, — dass ich an der Nase so kratzen muss.“

(Warum schütteln Sie den Kopf immer so?) „Ich bin bang, ich bin bang, dass die Welt — dass es so schmierig aussieht.“

(Warum schütteln Sie aber den Kopf?) „So eine fette Nase, da habe ich solchen Ekel davor“.

(Warum heben Sie die Hände immer so im Takt?) „Das weiss ich nicht.“

7×18? „126“ (in 10 Sekunden), murmelt dann weiter „856, 356.“

(Welches Jahr haben wir jetzt?) „1630, 62, 63, 1862.“

(Welches Jahr?!) „2—3—64.“

Weiterhin ist sehr charakteristisch, dass die einzelne Vorstellung, die im Lauf der Ideenassoziation auftritt, die folgenden Vorstellungen wohl dem Wortlaut nach (Neigung zu Reimassoziationen, „Tothetzen“ eines einzelnen Wortes durch gezwungene Wortspiele und Wortumformungen), aber fast garnicht inhaltlich beeinflusst. So kommt es, dass der Hebephreniker oft die sinnlosesten Wortverbindungen zusammenbringt.. Die Störung ist dabei um so auffallender, als die Satzkonstruktion leidlich erhalten sein kann. In schweren Fällen ist auch die letztere bis zur Unkenntlichkeit entstellt. Auch das Verhalten des Kranken zu diesen sinnlosen Wortkombinationen („Wortsalat“) ist charakteristisch: es besteht eine fast vollkommene Gleichgiltigkeit für den Inhalt und die Richtigkeit des Denkens, bezw. Sprechens.

Charakteristisch ist z. B. das folgende Gedicht eines Kranken, der seit Jahrzehnten an Hebephrenie leidet:

Die liebe Sonne labe
Des Herzens volle Lust
Und ihres Geistes Gabe
Sie warf sie an die Brust.
Und wenn nicht möglich ist,
Dass ich nach Hause mache noch,
So ist auch dir der Wille
Sein Gott im Tode nah.

Ein Patient Flügges schrieb z. B.: „Auch ein Rheindurchstich für Köln und Ehrenfeld könnte die Menschen der Kneipkuren entwöhnen, ein Gefühl, würdig der Columbusfeier dieses Jahr-

hunderts, es würde das fiat mundus gelten, die Balanzierfähigkeit auf diesem grossen Erdball bedeutend erhöht werden, und das Zuviel der Irrenanstalten, auch in Düsseldorf-Grafenberg, ein Name, an die wahre Mutter Thusnelda erinnernd, bannen" u. s. f.

Dabei überraschen die Kranken mitten in ihrer Verworrenheit oft durch eine einzelne klare Bemerkung, ebenso wie umgekehrt eine klare Gedankenreihe oft durch einen ganz plötzlichen, sinnlosen Einfall gestört wird.

Sehr charakteristisch ist auch, dass die schriftlichen Auslassungen des Hebephrenikers nicht selten noch verwirrter sind als die mündlichen. Die bei dem Schreiben erforderliche Regulierung des Vorstellungsablaufs nach dem Ablauf der Schreibbewegungen fällt vielen Hebephrenikern ausserordentlich schwer. Fremdwörter, Schlagwörter, rudimentäre Reminiszenzen, hochtrabende pathetische Ausdrücke und Wortneubildungen verbinden sich zu einem ganz unverständlichen Durcheinander. Vergleicht man diese Ergüsse längere Zeit hindurch, so merkt man bald, dass sie sich alle in einem ziemlich engen und beschränkten Phrasenkreis bewegen.

Wahnvorstellungen kommen ziemlich häufig vor. Anfangs handelt es sich oft um hypochondrische Wahnvorstellungen und wahnhafte Selbstanklagen, die mit denjenigen der Melancholie vollständig übereinstimmen können. Oft verbinden sie sich allerdings schon früh mit Verfolgungsvorstellungen: die Kranken glauben sich verachtet, beobachtet, verspottet, vergiftet u. s. f. Später treten auch Grössenvorstellungen auf, die durch ihre absolute Sinnlosigkeit auffallen: der Kranke glaubt plötzlich um die Hand der Königin von Spanien werben zu können, er renommiert mit dem Fass Blut, dass er in sich habe, mit den Kisten Gold, die er im Skat gewinnt, u. s. f. Einer meiner Patienten wollte alle Menschen zu feinem Brei mahlen, den Brei mit Sand mengen und daraus Menschen formen, die bis an die Wolken reichen und das Evangelium verkündigen sollten; derselbe behauptete, 1000 Millionen zu besitzen, Amerika entdeckt zu haben, Papst zu zu sein und zwar seit 100 000 Millionen Jahren, als Gott die ganze Welt in Brand stecken zu können u. dgl. mehr. Eine Patientin von Sterz nannte sich „Kaiserin, Freifrau von Jungfrauenburg". Auffällig ist, dass die Kranken bei diesen späteren Wahnvorstellungen fast gar kein Motivierungsbedürfnis haben. Auch Systematierung kommt fast niemals vor. Bald wird dieselbe

Wahnvorstellung monoton immer wiederholt, bald sind die Wahnvorstellungen sehr flüchtig und veränderlich. Auch durch Suggestion können sie oft in erheblichem Mass umgestaltet werden.

Echte Zwangsvorstellungen habe ich nur ganz ausnahmsweise im ersten Stadium der Krankheit beobachtet. Etwas häufiger sind überwertige Vorstellungen wahnhaften oder trivialen Inhalts.

Die Geschwindigkeit der Ideenassoziation ist stets herabgesetzt, doch bleibt oft fraglich, wie weit hierbei die eben erwähnte krankhafte Apathie beteiligt ist. In vielen Fällen liegt jedenfalls auch eine primäre Hemmung vor.

Handlungen. Hand in Hand mit der Apathie, mit den Aufmerksamkeitsstörungen, mit der Denkhemmung und der oben beschriebenen Verödung der Ideenassoziation verödet auch das Handeln der Kranken (hebephrene Abulie). Sie stehen garnicht oder erst sehr spät auf, stundenlang haben sie mit ihrer Toilette zu tun; soweit sie ausser Bett sind, hocken sie in einer Ecke oder auf einer Bank und legen am liebsten Arm und Kopf auf den Tisch. Aus eigener Initiative arbeiten sie nichts. Redet man ihnen zu, so erzielt man nach vielem Widerstreben höchstens ein kurzes mechanisches Arbeiten, das stillsteht, sobald man aufhört zu mahnen.

Andere Kranke treiben tage- und monatelang eine sinnlose monotone Beschäftigung. So kenne ich Kranke, die stundenlang tagaus tagein Häuserreihen nebeneinander zu zeichnen (z. T. in bizarrer Weise stets schief nebeneinander) oder immer dasselbe Wort oder denselben Satz schreiben oder mit lauter Stimme schreien. Viele Kranke tänzeln stundenlang vor dem Spiegel. Bei einer weiteren Kategorie herrschen stereotype Einzelbewegungen vor: der Kranke läuft z. B. stundenlang im Kreise oder schlägt immer mit der Hand auf den Tisch oder setzt den Fuss immer vor und zurück u. s. f. Andere reiben fortgesetzt eine bestimmte Körperstelle oder schnalzen mit den Fingern oder nesteln im Haar. Diese Stereotypen sind ausserordentlich mannigfaltig, bei demselben Kranken haftet aber eine einzelne Stereotypie oft viele Jahre. Die spezielle Entstehung der einzelnen Stereotypien lässt sich oft nicht nachweisen. In einzelnen Fällen scheint eine sehr vage Empfindung oder Vorstellung den ersten Anlass gegeben zu haben. Fast ebenso häufig sind stereotype Haltungen. Die Kranken nehmen wochen- und monatelang die verzwicktesten Stellungen ein: Hochziehen einer Schulter, Zukneifen

eines Auges, rüsselförmiges Vorstülpen der Lippe, Grussstellung einer Hand u. dgl. m.

Ebenso sind sog. Abänderungsstereotypien sehr häufig. Das gewöhnliche Gehen wird z. B. immer durch ein Auskratzen mit dem einen Fuss modifiziert, bestimmte Buchstaben werden durch stereotype Schnörkel entstellt u. s. f. Häufig sind auch sinnlose Unterstreichungen, Ausrufungszeichen etc.

Ist die motorische Hemmung sehr schwer, so befindet sich der ganze Körper in katatonischer Spannung. Passive Bewegungen stossen auf einen intensiven Widerstand. Seltener ist Flexibilitas cerea (s. u.). Der hiermit gewöhnlich verbundene Negativismus, d. h. der Widerstand gegen alle Bewegungsanregungen von aussen drückt sich auch in dem Zusammenkauern und Verkriechen (z. B. unter der Bettdecke), in dem krampfhaften Zukneifen der Augen, oft auch in Mutismus und Abstinenz aus. Auch das lange Zurückhalten des Urins und das Sammeln von Speichel im Mund ist vielleicht ähnlich aufzufassen. Verunreinigungen sind nicht selten. Kotschmieren, Urin- und Speichelsalben kommt gleichfalls öfter vor.

In einem gewissen Gegensatz zu diesem Negativismus steht die „Befehlsautomatie" derselben Kranken: während passive Bewegungen auf grossen Widerstand stossen, kann durch eine geeignete Suggestion die gewollte Bewegung fast automatisch ausgelöst werden. So habe ich z. B. oft solchen Kranken gesagt, ich würde bis fünf zählen und bei fünf werde ihr Arm eine bestimmte Bewegung ausführen, und oft (nicht stets) trat trotz Hemmung und Negativismus die suggerierte Bewegung ein. Ab und zu kommt auch Echokinese (Echopraxie) und speziell auch Echolalie vor.

Einfache Aufforderungen zu einer Bewegung, z. B. zum Reichen einer Hand werden im Sinne des Negativismus mit einer Abwehrbewegung, z. B. Zurückziehen der Hand beantwortet oder lösen eine mit der Aufforderung garnicht oder in ganz äusserlichem Zusammenhang stehende Bewegung aus („Vorbeihandeln", Parergasie.)

Eine weitere Störung in den Handlungen der Kranken beruht auf der motorischen Perseveration. Nachdem der Kranke einmal mechanisch eine Bewegung ausgeführt hat, setzt er sie automatisch fort, ohne durch neue Reize, neue Aufforderungen etc. beeinflusst zu werden. Es liegt auf der Hand, dass diese Perseveration auch bei den oben erwähnten Stereotypien allenthalben im Spiel ist.

Als Perseveration ist wohl auch die Flexibilitas cerea einzelner Hebephreniker aufzufassen, deren Gliedmassen jede Stellung, welche man ihnen gibt, kürzere oder längere Zeit festhalten.

Durch das Auftreten von Angstaffekten kann das Krankheitsbild noch weiter modifiziert werden. Insbesondere sind plötzliche, sehr ungenügend motivierte Suicidversuche im ersten Krankheitsstadium nicht selten. Einer meiner jugendlichen Kranken kam nachts plötzlich in einem Angstanfall in die Stube seiner Eltern und bedrohte sie mit einem Beil; als einziges Motiv wusste er seine Angst anzugeben. Ebenso kann die Reizbarkeit der Kranken (s. o.) zuweilen zu schweren Zornausbrüchen, Bedrohung der Eltern u. s. f. führen. Wenn Wahnvorstellungen auftreten, können sich natürlich auch entsprechende Wahnhandlungen einstellen: im allgemeinen ist jedoch auffällig, wie wenig die Kranken im Sinn ihrer Wahnvorstellungen handeln. Sie sprechen und schreiben wohl viel über ihre barocken Wahnideen, aber sie ziehen für ihr Handeln selten die entsprechenden Konsequenzen.

Schliesslich spielen impulsive Einfallshandlungen oft eine grosse Rolle. Ohne erheblichen Affekt, ohne Mitwirkung einer Sinnestäuschung oder Wahnvorstellung schritt einer meiner hebephrenen Kranken auf eine Mitpatientin zu und brachte ihr am Hals eine schwere Verletzung mit der Schere bei. Andere Kranke kleiden sich plötzlich aus, schlagen plötzlich einen Purzelbaum, schneiden sich plötzlich ihr Haar ab, springen aus dem Bett u. dgl. m. Die Motivierung aller solcher abnormen Handlungen ist durchweg äusserst dürftig.

Körperliche Symptome. Der Ernährungszustand der Kranken ist auffälligen Schwankungen unterworfen. Oft sinkt das Körpergewicht zu Beginn der Krankheit sehr erheblich. Durch Nahrungsverweigerung kann es zu skelettartiger Abmagerung kommen. Andererseits stellt sich später oft eine pathologische Bulimie und damit ein starkes Anwachsen des Körpergewichtes ein. Wenn im Endstadium wieder Abmagerung eintritt, so beruht dies meistens auf der Komplikation mit Tuberkulose.

Der Schlaf ist oft normal, zuweilen sind die Kranken abnorm schlafsüchtig. Seltener ist Agrypnie, doch lässt sich oft schwer entscheiden, ob der Kranke nur gehemmt daliegt oder wirklich schläft.

Die Temperatur ist oft abnorm niedrig. Die Pulsfrequenz ist meist normal, die Pulswelle oft sehr niedrig.

Die Menstruation ist oft gestört, namentlich kommt auch längeres Ausbleiben und verfrühte Menopause vor.

Zuweilen beobachtet man eine pathologische Salivation.

Die neuropathologische Untersuchung ergibt meist sehr kärgliche Resultate. Steigerung der Sehnenphänome und Abschwächung der Hautreflexe ist ziemlich häufig. Nach Masselon und Sérieux[1]) soll auch Abschwächung der Sehnenphänomene öfters vorkommen. Die Pupillen sind meist weit, die Pupillenreflexe sind stets erhalten.[2]) Lähmungen fehlen vollständig. Die dynamometrische Messung ergibt sehr starke Schwankungen des Druckwerts, welche auch durch fortgesetztes Mahnen nicht ausgeglichen werden. Ab und zu wird das sog. Facialisphänomen[3]) beobachtet. Die Ermüdung ist oft auffällig gering. Auch im täglichen Leben fällt auf, dass die Ermüdungsgefühle des Hebephrenikers abnorm schwach zu sein scheinen.

Verlauf und Varietäten.

Der gewöhnlichste Verlauf der Dementia hebephrenica ist der, dass ohne weitere Komplikationen der charakteristische Intelligenzdefekt sich entwickelt. Perseverationen und Stereotypien kommen bei diesen Fällen hin und wieder vor, stehen aber nicht im Vordergrund des Krankheitsbildes. Im ersten Stadium besteht neben der Apathie oft eine leichte oder schwere Depression und Angst oder auch Reizbarkeit, selten eine krankhafte Heiterkeit; später herrschen neben der Apathie kindische, alberne Affekte vor. Im ersten Stadium glaubt der Kranke oft an dieser oder jener körperlichen Krankheit zu leiden, er bittet seine Umgebung ihm zu verzeihen, für ihn zu beten, er sei verloren, er stecke alle an u. a. m. Der Übergang in das Hauptstadium, dessen Schilderung oben im Wesentlichen gegeben worden ist, entwickelt sich meist allmählich aus diesem Vorstadium. Zum Schluss erstirbt das Affektleben vollkommen. Die Wahnbildung ist in diesen typischen Fällen sehr gering. Sinnestäuschungen fehlen ganz oder fast ganz. Sehr häufig sind Remissionen (s. u.).

---

[1]) Arch. de Neurol. 1902, Août, S. 174.

[2]) Bumke (Mon. schr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 14, S. 234) macht auf das Fehlen der normalen „Pupillenunruhe" aufmerksam.

[3]) Leichtes Klopfen auf den Stamm des Gesichtsnerven (N. facialis) ruft Zuckungen im gesamten Facialisgebiet hervor.

Viele Fälle weichen in ihren Symptomen und in ihrem Verlauf von diesem gewöhnlichen Verlauf ab. Solche abweichende Formen sind namentlich die paranoische Varietät, die katatonische Varietät und die zirkuläre Varietät.

Die paranoische Varietät[1]) ist dadurch ausgezeichnet, dass der Intelligenzdefekt sich unter zahlreichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen versteckt, doch verraten die Wahnvorstellungen gerade durch ihre Absurdität (siehe oben) den zu Grunde liegenden Verfall der Intelligenz. Eine Darstellung dieser Wahnvorstellungen und ihrer Entwicklung ist bereits oben gegebeu worden. Sehr häufig gesellen sich auch masslose Erinnerungstäuschungen (Konfabulationen) hinzu. Besonders bemerkenswert sind auch die zahlreichen absurden Personenverkennungen. Der Arzt wird bald als König, bald als Messias, bald als Jungfrau Maria begrüsst. Mit der Zunahme des Intelligenzdefekts werden die Wahnvorstelluugen immer verwirrter und grotesker. Schliesslich sind in der allgemeinen Inkohärenz nur schwer noch die Rudimente von Wahnideen zu erkennen. Oft erhalten sich noch einige stereotype Phrasen und Gesten als Residuen von Verfolgungsvorstellungen. So machte ein von mir beobachteter Kranker täglich stundenlang stossartige Bewegungen mit der rechten Hand und murmelte dabei: „stiess ihm den Dolch in die Brust." Er war so verblödet und verwirrt, dass bestimmte Verfolgungsvorstellungen jetzt nicht mehr zu ermitteln waren, aber anamnestisch ergab sich, dass der Kranke früher auf Belästigungen durch Stimmen, „Magneten" etc. durch ähnliche Drohungen reagiert hatte. Zur Zeit waren auch Halluzinationen oder Illusionen nicht mehr nachzuweisen.

Gegenüber dem Intelligenzdefekt, den Wahnvorstellungen und den Sinnestäuschungen treten die anderen Symptome (Hemmungen etc.) meistens mehr in den Hintergrund. Vollständig fehlen jedoch Stereotypien und Perseverationen fast niemals.

Ein Beispiel solcher Wahnvorstellungen bei einer typischen Hebephrenie ist folgendes. Zur Zeit der Pubertät „merkte" Patient, dass er mit der Königin von Belgien verwandt sei. Als Krankenschwester verkleidet war sie in seinem elterlichen Haus. Er selbst ist jahrelang in Klöstern gewesen, um später Papst zu werden. Als Klöster, die er besucht hat, führt er einige holländische

[1]) Kahlbaums Heboidparanoesie, Kraepelins Dementia paranoides. Vergl. auch Flügge, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 51, S. 962.

Orte an und eine Stadt in Deutschland, deren Namen er nicht mehr weiss. Medizin hat er bei einem Arzt in Nimwegen studiert. Als er in Gheel war, hat ein Knecht den König von Belgien erschossen. Bald will er ledig bleiben, bald eine Prinzessin heiraten. Er ist auch Polizeiagent gewesen und hat 25 Diebe verhört. Man hat ihn mit Schwefelblumen vergiftet und ihm beide Beine zerbrochen. Die Untersuchung ergibt einen schweren progressiven erworbenen Intelligenzdefekt. Die Psychose begann vor dem 20. Jahr und von Anfang an mit Defekt. Bemerkenswert ist die absolute Gleichgiltigkeit, mit welcher der Kranke alle seine Wahnvorstellungen vorträgt. Öfter ist der Kranke unreinlich.

Die katatonische Varietät ist durch Auftreten schwerer Hemmungen ausgezeichnet. Die motorische Hemmung entspricht dem Bild des katatonischen Stupors (vergl. S. 15). Neben stereotypen Haltungen können auch stereotype Bewegungen eine grosse Rolle spielen. Mutismus und Abstinenz sind bei dieser Form sehr häufig. Auch die Perseveration und die Befehlsautomatie ist gewöhnlich stärker ausgeprägt als bei den anderen Formen. Einnässen, Urinsalben, Kotschmieren etc. sind sehr häufig. In den nicht seltenen Remissionen (siehe unten) klagen die Kranken selbst, dass sie so sinnlose Bewegungen hätten ausführen und Haltungen hätten einnehmen müssen. Ein klares Motiv wissen sie retrospektiv gewöhnlich nicht anzugeben, sie betonen nur, dass sie unter einem „Zwang“ gestanden hätten. Ausnahmsweise hört man auch in den Remissionen von typischen Hebephrenikern die Angabe, sie hätten sich nicht gerührt, weil sie geglaubt hätten, jede Bewegung sei eine Sünde. Der katatonische Zustand wird übrigens nicht selten von plötzlichen Erregungszuständen unterbrochen, in welchen bald eine heitere Exaltation, bald eine gereizte feindliche Stimmung vorherrscht. Plötzliche Gewalttätigkeiten und Suicidversuche sind nicht selten. Auch kommen zuweilen Anfälle vor, welche äusserlich an hysterische Krampfanfälle erinnern. In die schliessliche Verblödung werden meist noch viele rudimentäre Stereotypien hinübergenommen.

Die zirkuläre Varietät zeigt einen ziemlich regelmässigen Wechsel von Hemmung und Erregung. Sowohl die Hemmung wie die Erregung trägt den Charakter der Stereotypie. Die Dauer der einzelnen Phase beläuft sich meist auf 1—4 Wochen. In der gehemmten Phase sitzt die Kranke z. B. regungslos in

einer bizarren Haltung, die Nase mit dem linken Daumen breit drückend. Sie spricht weder spontan, noch auf Fragen. Auf Stiche wird nicht reagiert In der erregten Phase führt die Kranke seltsame stereotype Sprünge aus, murmelt einzelne immer wiederkehrende sinnlose Sätze („ob sie noch ein Nähtchen Garn hat" u. s. f.). Auf Fragen antwortet sie rasch, allerdings meist verwirrt. Dabei besteht eine ausgesprochene Neigung zu Echolalie. Der Gesichtsausdruck ist in der erregten Phase heiter, in der gehemmten apathisch, selten ängstlich. Der Zirkel dieser beiden Phasen kann bis in die Zeit der schwersten terminalen Verblödung immer wiederkehren.

Allen Formen gemeinsam ist die Neigung zu Remissionen. Zu Beginn der Krankheit tritt zuweilen eine so erhebliche Remission ein, dass eine Intermission vorgetäuscht wird. Man bekommt dann fälschlich den Eindruck, die Hebephrenie sei eine andere Psychose (etwa eine Melancholie) vorausgegangen. In den Remissionen besteht oft eine fast normale Krankheitseinsicht.

Eine seltenere Varietät ist durch das Überwiegen ethischer Defekte im Krankheitsbild ausgezeichnet. Kahlbaum[1]) hat diese Form als Heboidophrenie bezeichnet.

Ausgänge und Prognose.

Heilungen kommen nicht vor, wohl aber beobachtet man, dass zuweilen die Krankheit zu einem definitiven Stillstand kommt, d. h., dass von einem bestimmten Zeitpunkt ab der Intelligenzdefekt nicht weiter fortschreitet, sondern stabil bleibt. Tritt dieser Stillstand schon früh ein, so kann eine Heilung vorgetäuscht werden. In der Mehrzahl der Fälle bleibt der Intelligenzdefekt progressiv, ohne dass es jedoch zu einem so totalen geistigen Zerfall wie bei der Dementia paralytica kommt.

Die Lebensdauer wird an sich durch die Dementia hebephrenica nicht verkürzt, tatsächlich erliegen jedoch viele Hebephreniker der Tuberkulose. Es ist verständlich, dass die katatonischen Stellungen die Lungenventilation schwer beeinträchtigen und somit die Ansiedlung von Tuberkelbazillen begünstigen. Dazu kommt die Neigung vieler Hebephreniker zu zeitweiser Abstinenz.

[1]) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 46.

Ätiologie.

Das männliche Geschlecht wird etwas häufiger befallen als das weibliche.

Die Häufigkeit der Dementia hebephrenica scheint auch regionär sehr verschieden zu sein. So ist mir aufgefallen, wieviel mehr Fälle in Holland als z. B. in Thüringen vorkommen.

Erbliche Belastung ist in 80 % aller Fälle nachzuweisen. Sehr häufig sind auch gehäufte Degenerationszeichen.

Meist handelt es sich um geistig normal beanlagte Individuen. Es kommt jedoch auch vor, dass in der Pubertät eine Hebephrenie sich auf dem Boden der Debilität, also des angeborenen Schwachsinns entwickelt.

Infektionskrankheiten und Intoxikationen spielen keine wesentliche Rolle.

Entsprechend der Häufigkeit erblicher Belastung kann man oft schon viele Jahre vor dem Ausbruch der Hebephrenie das gesamte Bild oder einzelne Züge der erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution finden.

Die wesentliche Ursache der Dementia hebephrenica ist uns jedenfalls noch unbekannt, wir können nur eine unbestimmte Beziehung zur Pubertätsentwicklung vermuten.

Diagnose.

Die Hebephrenie bietet diagnostisch grosse Schwierigkeiten. Sie kann fast alle Geistesstörungen dem Unerfahrenen gelegentlich vortäuschen, so namentlich die Manie, die Melancholie, die akuten und chronischen Formen der Paranoia, die periodischen und zirkulären Formen der Geistesstörungen, ja selbst die Hysterie und Neurasthenie. Alle diese Differentialdiagnosen sollen bei der Besprechung der bezüglichen Psychosen einzeln erörtert werden.

Die Unterscheidung von dem angeborenen Schwachsinn ist mir bei ungenügender Anamnese schwierig. Die Imbezillität kann symptomatisch ein sehr ähnliches Bild zeigen. Man soll daher niemals die Diagnose stellen, ohne durch anamnestische Erhebungen den früheren Zustand der Intelligenz festgestellt zu haben. Dabei ist jedoch auch die Bemerkung S. 21, Z. 10, zu berücksichtigen.

Gegenüber der Dementia paralytica[1]) sind die körperlichen Begleiterscheinungen dieser Krankheit, welche der Hebephrenie fehlen, entscheidend.

Die Unterscheidung von Dementia epileptica kommt selten in Frage. Ausnahmsweise kommen bei der Hebephrenie anfallsweise Häufungen der stereotypen Bewegungen vor, welche mit epileptischen Anfällen bei oberflächlicher Untersuchung verwechselt werden können. Andererseits habe ich in einzelnen Fällen auch eine wirkliche Komplikation von Hebephrenie und Pubertätsepilepsie gesehen. Es bleibt dann später zweifelhaft, wie weit der Intelligenzdefekt auf die erstere oder auf eine Dementia epileptica zu beziehen ist.

Therapie.

Eine wirksame Therapie gegen die Krankheit selbst, bezw. ihre unbekannten Ursachen kennen wir nicht. In den meisten Fällen ist die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt schon im ersten Krankheitsstadium geboten, um Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung und Selbstmordversuche zu verhüten. Die ärztlichen Pädagogien sind meist nicht geeignet.

Unter allen Behandlungsmassregeln wirkt eine stundenplanmässig geregelte, leichte, über den ganzen Tag verteilte Beschäftigung weitaus am günstigsten. So weit möglich, verbindet man geistige und körperliche Beschäftigung. Man kann dieselbe nicht einfach genug wählen. Zwischen den Arbeitsstunden sind in ausgiebigster Weise Ruhestunden einzuschalten.

Gegen Erregungszustände bewähren sich ausser Bettruhe auch prolongierte Bäder und hydropathische Einpackungen, zuweilen ist Chloralamid oder Trional erforderlich. Opium gebe man nur bei schweren Angstzuständen.

In den stuporösen Zuständen muss man vor allem die Ernährung kontrollieren. Bei sehr lange fortgesetzter Nahrungsverweigerung kann Schlundsondenfütterung notwendig werden.

In vereinzelten Fällen schien mir eine regelmässige passive Gymnastik — bei nicht zu sehr widerstrebenden Kranken — günstig zu wirken. Auch eine langwährende Behandlung mit

[1]) Französische Autoren sprechen von Démence précoce sous forme de paralysie générale.

Kampher (0,01 2 mal täglich) oder Monobromcampher (0,05 2 mal täglich) ist zu versuchen; beide können auch subcutan in Öl gelöst eingespritzt werden.

Tritt im weiteren Verlauf der Krankheit ein Stillstand ein, so wird der Anstaltsaufenthalt oft überflüssig. Bestehen keine Angst- und Zornaffekte, keine Wahnvorstellungen und Hallucinationen mehr und ist der Kranke leidlich reinlich, so kann man auch unter nicht ganz günstigen häuslichen Verhältnissen männliche Hebephreniker versuchsweise entlassen.

Pathologische Anatomie.

Die pathologische Anatomie der Dementia hebephrenica ist noch nicht aufgeklärt. Die Hirnhäute sind intakt. Das Hirngewicht ist nicht wesentlich herabgesetzt. Die Ventrikel sind nicht erweitert. Mikroskopisch scheinen mit Hilfe unserer verbesserten Methoden sowohl Ganglienzellen- wie Faserveränderungen in der Hirnrinde nachweisbar zu sein.[1])

B. Psychosen ohne Intelligenzdefekt.

(Funktionelle Psychosen.)

Eine allgemeine Definition der Psychosen ohne Intelligenzdefekt, d. h. ohne Ausfall von Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen und daher ohne wirklichen Verlust des Gedächtnisses und der Urteilskraft ist im 1. Teil (S. 5 ff.) gegeben worden. Ebenda wurde auch betont, dass die Psychosen ohne Intelligenzdefekt funktionell sind, d. h. wenigstens während ihres Hauptstadiums nicht auf organischen, makroskopisch oder mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen der Hirnrinde beruhen. Erst sekundär können solche Veränderungen sich einstellen; am Krankenbett konstatieren wir dann regelmässig auch einen sekundären Intelligenzdefekt, die sog. sekundäre Demenz (vergl. Teil 1, S. 6).

[1]) Vergl. z. B. W. R. Dunton, Amer. Journ. of insanity, Bd. 59, S. 427. Ähnliche Befunde hat Alzheimer erhoben.

Zu den Teil 1, S. 7 angeführten Werken, welche alle Kinderpsychosen behandeln, kommt auf dem Gebiet der Psychosen ohne Defekt noch hinzu:

M. Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. Précis de psychiâtrie infantile. Paris, Soc. d' éd. scient., 1899.

Über die zweckmässigste Einteilung bezw. Gruppierung der Psychosen ohne Defekt bestehen noch vielfache Kontroversen. Der folgenden Darstellung wird die Einteilung zu Grunde gelegt, welche ich in der 2. Auflage meiner Psychiatrie (Verlag S. Hirzel, Leipzig, 1902) gegeben habe. Diese Einteilung gestaltet sich bei Weglassung einiger Geisteskrankheiten, deren Vorkommen im Kindesalter zweifelhaft ist, folgendermassen:

I. Einfache Psychosen: ein einziges Hauptstadium,

1. affektive Psychosen: die primären Hauptsymptome liegen auf affektivem Gebiet, also auf dem Gebiet des Gemütslebens,
   a. Manie,
   b. Melancholie;

2. intellektuelle Psychosen: die primären Hauptsymptome liegen auf intellektuellem Gebiet, also auf dem Gebiet der Empfindungen und Vorstellungen,
   a. Stupidität,
   b. akute Paranoia (oder Amentia),
   c. chronische Paranoia,
   d. Dämmerzustände,
   e. Begleitdelirien,
   f. Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen (kompulsives Irresein);

3. psychopathische Konstitutionen.[1])

II. Zusammengesetzte Psychosen: mehrere Hauptstadien,
   a. periodische Manie,
   b. periodische Melancholie,
   c. zirkuläres Irresein.

[1]) In meiner Psychiatrie habe ich diese noch weniger zweckmässig zu den intellektuellen Psychosen gestellt.

I. Einfache Psychosen.

1. Affektive Psychosen.

a. Manie.

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Die Manie ist durch folgende Hauptsymptome gekennzeichnet:

krankhafte Heiterkeit (Hyperthymie),
Beschleunigung des Vorstellungsablaufs,
krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang (motorische Agitation).

Das primäre Hauptsymptom ist die krankhafte Heiterkeit, liegt also auf dem Gebiet der Affekte. Die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und der gesteigerte Bewegungsdrang sind Teilerscheinungen der allgemeinen Assoziationsbeschleunigung. Die letztere ist der krankhaften Heiterkeit koordiniert. Bezüglich der physiologischen Bedeutung und Erklärung dieser Koordination ist auf die Tatsache hinzuweisen, dass bei positiven Affekten, d. h. Lustaffekten, regelmässig die Entladungsfähigkeit der Rindenelemente gesteigert ist.[1])

Literatur. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, S. 167 ff.;

Manheimer,[2]) Les troubles mentaux de l' enfance, S. 73 ff.;

Moreau de Tours, La folie chez les enfants, S. 294 ff.

Lepaulmier, Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie. Thèse de Paris 1856.

Weitere Einzelarbeiten werden im Folgenden unter dem Text zitiert werden.

Häufigkeit und Ätiologie. Eine einfache einmalige Manie kommt im Kindesalter nur sehr selten vor. Meistens ergibt in den Fällen, welche das Zustandsbild der Manie darbieten, der weitere Verlauf eine periodische Wiederkehr der Manie oder ein regelmässiges Alternieren mit Melancholie, also entweder eine sog. periodische Manie oder ein sog. zirkuläres Irresein, Geisteskrankheiten, die klinisch eine ganz andere Stellung ein-

[1]) Vergl. Ziehen, Physiologische Psychologie der Affekte, Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Kassel 1903.

[2]) Dazu ist zu bemerken, dass die französischen und englischen Psychiater die Manie in viel weiterem Sinne aufzufassen pflegen. Manheimer selbst nähert sich übrigens der deutschen Auffassung.

nehmen und daher auch an anderer Stelle — unter den zusammengesetzten Psychosen — dargestellt werden sollen.

Die wenigen Fälle einfacher einmaliger Manie im Kindesalter entwickeln sich grösstenteils auf dem Boden schwerer Erschöpfung. In einzelnen Fällen scheint auch ein plötzlicher Affektshock, z. B. Schreck, eine ätiologische Rolle zu spielen. Ausnahmsweise tritt bei Chorea (Veitstanz) eine echte, wenn auch nicht ganz typische Manie auf;[1]) die gewöhnliche Choreapsychose ist die akute halluzinatorische Paranoia oder Amentia. Unverkennbar ist in einigen Fällen eine Beziehung zu den ersten Menstruationen. Namentlich habe ich wiederholt einen einmaligen maniakalischen Anfall bei jungen Mädchen im Alter von 12 bis 15 Jahren beobachtet, wenn die Menstruation nach mehrmaligem normalen Auftreten plötzlich ausblieb. Erbliche Belastung ist höchstens in der Hälfte der Fälle nachweisbar.

Symptomatologie. Nach der Schwere der Symptome unterscheidet man eine leichtere Form, die Hypomanie oder maniakalische Exaltation, und eine schwerere Form, die Manie s. str. oder Mania gravis.

Unter den Symptomen ist die pathologische Heiterkeit das hervorstechendste. Sie malt sich stets im ganzen Mienenspiel des Kindes. Die Augen glänzen, der Gesichtsausdruck ist lächelnd, stundenlang kommen die Kinder zuweilen nicht aus dem Lachen heraus. Auch bei Schmerzreizen, Vorwürfen, Scheltworten bleibt die heitere Verstimmung bestehen. Nicht selten kommt zu der heiteren Verstimmung eine gesteigerte Zornmütigkeit hinzu. Bei den schweren Fällen kommt es zu heftigen Wutausbrüchen.

Die Beschleunigung der Ideenassoziation, die sog Ideenflucht, äussert sich in dem unaufhörlichen schnellen Sprechen, der sog. Logorrhoe. Das Kind lässt Eltern und Lehrer oft garnicht zum Wort kommen, schwatzt beim Unterricht fortwährend dazwischen und kommt vom Hundertsten ins Tausendste. In den leichteren Fällen bleibt der Zusammenhang dieses ideenflüchtigen Geplauders noch leidlich gewahrt, in schweren Fällen kommt es zu sog. sekundärer Inkohärenz: das Kind verliert fortwährend den Faden, reiht Sätze und Worte ohne Zusammen-

[1]) Vergl. z. B. Schoenthal, Beiträge zur Kenntnis der in frühem Lebensalter auftretenden Psychosen, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 23, S. 799, Fall 2.

hang oder in ganz oberflächlichem Zusammenhang nach der Klangähnlichkeit (Reime) aneinander.

In enger Beziehung zu der Beschleunigung der Ideenassoziation steht auch die pathologische Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, die sog. Hypervigilität. Das Kind wird von seiner Arbeit durch jeden Sinneseindruck abgezogen. Jedes Geräusch, jede Veränderung in seiner Umgebung weckt Vorstellungen und löst ideenflüchtige Bemerkungen aus.

Der Bewegungsdrang äussert sich bei der Hypomanie, abgesehen von der bereits erwähnten Logorrhoe, in einer steten Unruhe. Das Kind kann nicht still sitzen. Bei keinem Spiel hält es aus. Jedes Spielen artet bald in Toben aus. Die Hast verrät sich in allen Bewegungen. Besonders stark sind die Gesichtsmuskeln beteiligt (Grimassieren). In den schweren Fällen entwickelt sich eine ausgeprägte Tobsucht: die Kinder gefallen sich in sinnlosem Zerstören, sie wühlen und nesteln unaufhörlich in Decken oder Kleidern, grimassieren, schreien und werden selbst gegen Erwachsene in ihrer Umgebung gewalttätig. Sehr bemerkenswert ist auch, dass ausnahmsweise bei der Manie des Kindesalters Krampfanfälle auftreten können, welche symptomatisch ganz denjenigen der echten Epilepsie gleichen, ohne dass vor Ausbruch der Manie je Krampfanfälle aufgetreten sind und auch ohne dass nach Heilung der Manie Krampfanfälle wiederkehren.

Mit dem gesteigerten Bewegungsdrang und der Beschleunigung der Ideenassoziation steht die Störung des Schlafs (Agrypnie) in direktem Zusammenhang, welche auch bei der Manie des Kindesalters fast niemals vermisst wird. In den schwereren Fällen besteht oft eine fast völlige Schlaflosigkeit.

Ein nicht konstantes Symptom der Manie sind Sinnestäuschungen, also Halluzinationen und Illusionen. Bei der Manie des Erwachsenen sind sie relativ selten, bei der Manie des Kindesalters entschieden häufiger, wie überhaupt das kindliche Gehirn zu Sinnestäuschungen stärker disponiert ist. Man kann daher auch von einer besonderen halluzinatorischen Varietät der Manie oder Mania hallucinatoria sprechen. Diese Sinnestäuschungen sind entsprechend der pathologisch-positiven Stimmungslage vorwiegend heiteren Inhalts, doch kommen gelegentlich interkurrent auch schreckhafte Sinnestäuschungen und zwar namentlich Visionen vor. Unter diesen Umständen kommt es denn auch ausnahmsweise zu dem Auftreten von vorübergehenden,

durch den schreckhaften Inhalt solcher Sinnestäuschungen bedingten kurzen Angstanfällen[1]) (vgl. auch unter Diagnose).

Sehr viel häufiger als Sinnestäuschungen sind Wahnvorstellungen. Diese charakterisieren sich inhaltlich als Grössenideen. In vielen Fällen äussern sie sich lediglich in einer Verschiebung des gesamten Vorstellungsinhalts im Sinn eines gesteigerten Selbstgefühls, welches zu lautem Renommieren, vorlautem Gebahren, Auflehnung gegen die Autorität der Eltern und Lehrer, phantastischen Zukunftsplänen u. dgl. mehr führt. In anderen Fällen kommt es zu ausgesprochenen Grössenideen: das Kind behauptet alles zu können, was es will, ist oder wird Doktor oder Dichter oder Philosoph, Christuskind oder Mutter Gottes, hat Schätze gefunden, will gnädige Frau genannt werden u. a. m. Verfolgungsvorstellungen treten nur ganz vorübergehend im Anschluss an etwaige schreckhafte Sinnestäuschungen (s. o.) auf.

Die Handlungen des maniakalischen Kindes ergeben sich aus den besprochenen Symptomen ohne weiteres. Der Agitation und Logorrhoe wurde bereits gedacht. Manche maniakalische Kinder laufen aus der Schule oder aus dem Elternhause fort und vagabundieren. Dabei kann es selbst zu Exzessen in Alkohol und Tabak kommen. Ihre Zornmütigkeit und ihr gesteigertes Selbstgefühl verwickelt sie in Raufereien. Die Ideenflucht führt zu allerhand Unwahrheiten. Nicht selten kommen auch Naschereien und Diebstähle vor. Gassenbubenstreiche können zu Konflikten mit der Polizei führen.

Die rein-körperlichen Symptome sind unverhältnismässig geringfügig. Der Puls ist zuweilen etwas beschleunigt. Die Körpertemperatur ist, wofern keine Komplikationen bestehen, normal oder sehr unbedeutend gesteigert. Nur in den schwersten Fällen, in welchen die oben erwähnte sekundäre Inkohärenz die höchsten Grade erreicht, findet man hohe Temperatursteigerungen: das schwere Krankheitsbild, welches alsdann sich entwickelt, wird auch als Delirium acutum bezeichnet. Das Körpergewicht nimmt stets erheblich ab. Es erklärt sich dies einerseits aus der ununterbrochenen Agitation und der Störung des Schlafs, andererseits aus der mangelhaften Nahrungsaufnahme, indem die Kranken zwar essen wollen, aber in Folge ihres gesteigerten Bewegungsdrangs

[1]) In äusserst seltenen Fällen kommt dies übrigens ausnahmsweise auch bei der Manie des Erwachsenen vor (ohne dass weiterhin ein zirkuläres Irresein sich entwickelt).

ihr Essen verspielen, verschütten, umherschmieren und in Folge ihrer Hypervigilität durch jeden Sinneseindruck vom Essen abgezogen werden. Dazu kommt, dass die Manie ziemlich oft von Magen- und Darmstörungen begleitet wird.

Verlauf und Ausgänge (Prognose). Die Manie des Kindesalters setzt zuweilen ganz plötzlich ein. Öfter geht ein mehrtägiges oder selbst mehrwöchiges Vorläuferstadium voraus, in welchem die Kinder leicht weinerlich sind und oft auch Magen- und Darmstörungen zeigen. Die Krankheitshöhe wird in der Regel sehr rasch erreicht. Der Verlauf erstreckt sich selten nur über einige Tage[1]) (menstruale Form), meist über einige Wochen oder Monate. Nicht selten folgt ein kurzes depressives Nachstadium. Fast alle Fälle gehen in Heilung aus. Tötlicher Ausgang durch Erschöpfung kommt wohl nur bei Komplikationen vor. Sekundäre Demenz (vgl. S. 23) ist nur sehr selten sicher beobachtet worden. Auch der Ausgang in chronische Manie scheint nicht vorzukommen. Sehr ernstlich getrübt wird die Prognose nur dadurch, dass im weiteren Verlauf sich nicht selten ergibt, dass man es mit dem ersten Anfall einer periodischen Manie zu tun hatte, also einer Manie, die weiterhin periodisch in grösseren oder kleineren Zwischenräumen wiederkehrt. Namentlich bei der Manie des späteren Kindesalters und der Pubertät ist dieser Verlauf zu fürchten.[2]) Ebenso gross ist auch die Gefahr eines zirkulären Verlaufs (siehe unter zirkuläres Irresein).

Diagnose. Die Erkennung der Manie bietet im Kindesalter grosse Schwierigkeit. Vor allem ist die Gefahr sehr gross, dass sie übersehen wird. In der Tat entsprechen alle einzelnen Krankheitssymptome, welche oben als für die Manie charakteristisch

---

[1]) Leidesdorf (Wien. Med. Wchschr. 1884, No. 26, S. 806) erwähnt maniakalische Anfälle bei Knaben von 6—8 Jahren, welche nur einige Stunden dauerten. Vgl. unter transitorische Manie, welche zu den Dämmerzuständen zu rechnen ist.

[2]) Ausnahmsweise kommt jedoch auch die periodische Manie schon früher zum Ausbruch. So teilt Leidesdorf (Wien. Med. Wchschr. 1882, Nr. 25, S. 749) den Fall eines Knaben mit, der von einem an Dementia paralytica verstorbenen Vater stammt und seit dem 5. Jahr an periodischer „tobsüchtiger Aufregung" litt. Auch der Fall Steiner's (Kompendium der Kinderheilkunde, Leipzig 1872) gehört vielleicht hierher: es handelt sich um einen 6-jährigen Knaben, der seit dem 3. Lebensjahr an periodischen maniakalischen Erregungszuständen litt. Der früheste Fall einer einfachen Manie scheint der Voisinsche zu sein (Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, Paris 1883, S. 204). Es handelt sich um ein 4jähriges Mädchen, die Tochter eines geisteskranken Trinkers; leider ist der Fall so kurz mitgeteilt, dass die Diagnose nicht sicher zu verifizieren ist

angeführt wurden, normalen Eigenschaften des kindlichen Lebens. Die pathologische Heiterkeit der Manie unterscheidet sich nur graduell von der natürlichen Lebenslust des gesunden Kindes. Die Ideenflucht der Manie findet ihr Gegenstück in der normalen Lebhaftigkeit der kindlichen Ideenassoziation. Der abnorme Bewegungsdrang ist von dem Toben mancher gesunder Kinder oft schwer zu unterscheiden. Die pathologischen Ausschreitungen des maniakalischen Kindes täuschen zunächst fast stets eine normale Ungezogenheit vor. Um sich vor solchen Verwechselungen zu schützen und rechtzeitig die Manie zu erkennen, ist namentlich zu beachten, dass die letztere fast stets ziemlich plötzlich hereinbricht: der Kontrast zu dem früheren Benehmen des Kindes und die plötzliche unmotivierte Veränderung des psychischen Verhaltens geben den besten Fingerzeig, dass es sich nicht um einen normalen Zustand, sondern um eine ernste Geistesstörung handelt. Dazu kommt als weiteres, ebenso untrügliches Merkmal das pathologische Ausbleiben von Ermüdung und Schlaf. Wilde, gesunde Kinder pflegen, wenn sie sich ausgetobt haben, müde zu werden und gut zu schlafen. Diese normale Müdigkeit und diese normale Ausgleichung durch den Schlaf fehlt der Manie.

Ausser der Gefahr des Übersehens hat man Verwechselungen mit folgenden andern Geisteskrankheiten zu vermeiden:

1. Mit Dementia paralytica (vgl. Heft 1, S. 73). Diese ist im Kindesalter sehr selten, verläuft aber anfangs zuweilen unter einem Zukunftsbild, welches demjenigen der Manie ähnelt: namentlich kann also z. B. ebenfalls krankhafte Heiterkeit mit Ideenflucht und Grössenideen bestehen.[1]) Differentialdiagnostisch kommt in Betracht, dass die Dementia paralytica des Kindesalters auf hereditärer Syphilis beruht, stets einen progressiven Intelligenzdefekt zeigt und stets mit körperlichen Symptomen (Sprachstörung, leichten Lähmungen etc.) verläuft.

2. Mit Dementia hebephrenica. Diese ist, wie oben ausgeführt wurde, vor der Pubertät selten. In der Pubertät ist die Unterscheidung der Hebephrenie von der Manie oft sehr schwer, wenn nämlich die erstere, wie dies nicht selten vorkommt, zeitweise unter dem Bild einer pathologisch gesteigerten Heiterkeit verläuft. Differentialdiagnostisch ist zu beachten, dass bei der Hebephrenie meistens ein längeres Stadium einer auffälligen Apathie voraus-

[1]) Vergl. z. B. den Fall von Leidesdorf, Wien.-Med.-Wchsch. 1884. S. 838.

geht. Ferner pflegen bei der Hebephrenie fast niemals stereotype Haltungen oder Bewegungen (s. unter Hebephrenie) zu fehlen, während bei der Manie gerade die Mannigfaltigkeit der Bewegungen auffällig ist. Auch der Vorstellungsablauf der Hebephrenie ist meistens monotoner. Perseveration spricht in hohem Mass gegen Manie und für Hebephrenie. Endlich ist der die Hebephrenie begleitende progressive Intelligenzdefekt bei sorgfältiger Untersuchung nicht zu übersehen. Man muss nur bei der diagnostischen Verwertung eines etwa nachgewiesenen Intelligenzdefektes auch die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass der Defekt angeboren und somit kein direktes Symptom der augenblicklichen Psychose ist; es kommen nämlich vor und in der Pubertät gelegentlich auch echte Manien bei Imbezillen, d. h. Angeborenschwachsinnigen vor. Man versäume also, wenn man einen Defekt nachgewiesen hat, niemals, Erkundigungen einzuziehen, ob der Defekt schon vor der jetzigen Krankheit von Geburt an bestanden hat oder sich erst im Verlauf der jetzigen Erkrankung entwickelt hat; nur im letzteren Fall ist Hebephrenie anzunehmen. Vergl. jedoch auch S. 21.

3. mit Paranoia s. Amentia hallucinatoria acuta. Die differentialdiagnostischen Merkmale sind bei Besprechung der akuten halluzinatorischen Paranoia angegeben. Zwischen ihr und der Manie existieren übrigens gerade im Kindesalter fliessende Übergänge.

4. mit periodischer Manie und zirkulärem Irresein. Oben wurde bereits hervorgehoben, dass die einmalige Manie selten ist, dass vielmehr der weitere Verlauf meistens ergibt, dass es sich um eine periodische Manie, also um periodisch wiederkehrende Anfälle von Manie oder um ein zirkuläres Irresein, also periodisch abwechselnde Anfälle von Manie und Melancholie handelt. Es wäre natürlich von grösster Bedeutung, wenn sich im Einzelfalle feststellen liesse, ob eine einmalige Manie oder der erste Anfall einer periodischen, bezw. zirkulären Geistesstörung vorliegt. Leider fehlen hierfür sichere Kriterien. Man kann nur sagen, dass die Gefahr eines periodischen oder zirkulären Verlaufs grösser ist, wenn in der Ätiologie konstitutionelle Momente, namentlich schwere erbliche Belastung und Herderkrankungen des Gehirns in den ersten Lebensjahren, gegenüber den Gelegenheitsursachen (Erschöpfung, fieberhafte Erkrankung u .s. f.) überwiegen und wenn der Anfall sehr brüsk einsetzt.

Krankengeschichte.[1])

C. Z. von Menzingen, 13 1/2 Jahr alt (geb. 29. Dezbr. 1876), aufgenommen 18. Juni 1890. Grossvater väterlicherseits litt an „Krämpfen". Vater ist kränklich, neigt zur Hypochondrie. 11 Geschwister: 6 starben im Alter von 14 Tagen bis 4 Wochen an „Krämpfen". Die Kranke war als Kind sehr schwächlich, lernte erst mit 3 Jahren laufen, mit 1 1/2 Jahren begann sie zu sprechen. Im Alter von 6 Jahren soll sie einmal einen Anfall von Bewusstlosigkeit von kurzer Dauer, mit Zuckungen einhergehend, gehabt haben. In der Schule hat sie nach Angabe der Eltern gut gelernt. (? siehe Status.) Sie war ein ruhiges, freundliches Kind.

Am 16. Mai stolperte sie auf einer in einen Keller führenden Treppe, stürzte, blieb hängen, den Kopf nach unten, wurde alsbald aus ihrer Lage befreit, war aber sehr erschrocken. Anfangs nichts Auffälliges; sie ass ruhig zu Nacht, bald nach dem Essen jedoch verfiel sie in „Krämpfe": wurde abwechselnd rot und blass. es bestanden Zuckungen in Armen und Beinen, in Kopf und Rumpf, vorwiegend Drehbewegungen, dazwischen grosse, schleudernde Bewegungen des ganzen Körpers: keine Verletzung bei den Krämpfen: Dauer mit wechselnder Intensität fast eine Stunde, zwischendurch mehrere Pausen. In den letzteren war die Kranke heiter, aufgeregt, schwatzte und lachte viel. In der Nacht schlief sie. Am anderen Morgen neuer Anfall, der aufhörte, nachdem der Arzt in Gegenwart der anscheinend bewusstlosen Kranken der Mutter gegenüber ein sehr schmerzhaftes Heilverfahren für den Fall des Wiedereintritts der Krämpfe in Aussicht gestellt hatte. Bald darnach Auftreten von choreatischen Zuckungen auf beiden Seiten, sowie zugleich damit psychische Störungen. Das Mädchen arbeitete nicht mehr, war unmotiviert heiter, zu allen möglichen Streichen aufgelegt, so z. B. ging sie barfuss mit einem Regenschirm im Bach spazieren, sang und pfiff, sprach viel, auch unanständige Redensarten, schlug die Geschwister, die Mutter. war ungehorsam, lief vom Hause weg, trieb läppische Spiele. Die choreatischen Bewegungen nahmen an Intensität und Extensität zu, schliesslich bestand völlige Unfähigkeit, still zu sitzen oder sich geordnet zu beschäftigen. Im Schlafe sistierten die Zuckungen. Der Schlaf war jedoch sehr beeinträchtigt, die Nahrungsaufnahme gut.

[1]) Wegen vieler instruktiver Einzelheiten entlehne ich diese Krankengeschichten der oben zitierten Arbeit Schönthals.

Stat. praes. am 18. Juni: Zartgebautes, mageres Kind, für sein Alter nicht entsprechend gross und entwickelt. Kindlicher Habitus, Schleimhäute blass; Schädel im Ganzen klein, Gesichtsskelett asymmetrisch, rechte Hälfte überwiegt. Stirn ziemlich schmal, steiler Gaumen, Haut und Schleimhäute blass. Patellarreflexe lebhaft. Zunge zittert leicht im Gewebe. Sensibilität normal. Auf motorischem Gebiet fällt nur eine gewisse Unruhe auf. Die Kranke kann beim Sitzen die Füsse nicht still halten, macht Ruck- und Drehbewegungen mit dem Oberkörper, den Armen, grimassiert ab und zu. Bei intendierten Bewegungen treten choreatische Zuckungen stärker hervor. In der Ruhe sind die letzteren in den unteren Extremitäten stärker und häufiger als in den oberen. Die Intelligenz ist gering, Rechnen geht schlecht. Einzelne Fragen über Schulgedächtnismaterial werden falsch beantwortet. Über Zeit und Ort ist die Kranke orientiert. Die Stimmung ist zeitweise eine gehobene, zeitweise ist sie ohne äusseren Grund deprimiert, weinerlich. Pat. gibt an, mehrfach zu Hause in der Nacht weisse Gestalten, „so wie Gespenster", an ihrem Bett gesehen zu haben. Die Gestalten bewegten sich nicht, verschwanden sehr rasch wieder. Sie habe sich nicht sehr vor ihnen gefürchtet. Seit einigen Nächten seien sie nicht mehr gekommen.

Ordin.: Bettruhe, Bäder, Arsen.

20. Juni: Häufiger Stimmungswechsel, Schlaf gut, ebenso Nahrungsaufnahme. Die choreatischen Zuckungen bestehen in gleicher Intensität fort, Krämpfe von der Art der in der Anamnese beschriebenen sind bis jetzt hier nicht aufgetreten.

24. Juni. Die Stimmung wechselt noch sehr, die Zuckungen scheinen seltener zu werden. Halluzinationen sind bis jetzt hier nicht beobachtet.

29. Juni. Die choreatischen Zuckungen sind kaum mehr bemerkbar. Die Stimmung ist gleichmässiger, heiter und freundlich. Patientin wird mit Handarbeit beschäftigt, Schlaf und Appetit sehr gut.

5. Juli. Ist ausser Bett, anscheinend völlig frei von choreatischen Zuckungen, erholt sich körperlich sichtlich, auf psychischem Gebiet ist zur Zeit nichts Abnormes wahrzunehmen.

10. Juli. Körpergewicht nimmt zu, Patientin ist frei von somatischen und psychischen Störungen.

19. Juli. Geheilt entlassen. Das Körpergewicht ist hier von 76 auf 80 Pfund gestiegen.

b. Melancholie.

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Die Melancholie ist durch folgende Hauptsymptome gekennzeichnet:

krankhafte Traurigkeit (Depression),
Verlangsamung des Vorstellungsablaufs (Denkhemmung),
Bewegungshemmung (motorische Hemmung).

Das primäre Hauptsymptom ist die krankhafte Traurigkeit. Die Verlangsamung des Vorstellungsablaufs und die Bewegungshemmung sind Teilerscheinungen der allgemeinen Assoziationshemmung. Beide sind, wie die entsprechenden Symptome der Manie, als koordiniert anzusehen.

Literatur. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. S. 144 ff.

Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. S. 76 ff.

Scherpf, Zur Ätiologie und Symptomatologie kindlicher Seelenstörungen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 16, S. 310 ff.

Häufigkeit. Die Melancholie des Kindesalters ist erheblich häufiger als die Manie. Die gegenteilige Angabe vieler älterer Psychiater[1]) erklärt sich daraus, dass man früher zur Manie fast alle Krankheitsbilder mit stärkerer Erregung rechnete, also den Begriff viel weiter fasste als heute.

Ätiologie. Nach meinen Beobachtungen nimmt die Zahl der Fälle gegen die Pubertät hin langsam zu. Einzelne Fälle kommen schon im 5. Lebensjahr vor.[2])

Ätiologisch spielt erbliche Belastung eine sehr bedeutsame Rolle Ich selbst habe z. B. keinen Fall ohne erbliche Belastung beobachtet. Sehr oft ist die Belastung gleichartig, d. h. auch der Vater oder die Mutter des Kindes haben an Melancholie gelitten. Ab und zu spielt die Chlorose eine prädisponierende Rolle[3]).

---

[1]) Vergl. z B. Chatelain, L'aliénation mentale dans la première enfance. Ann. méd. psych. 1870 B, S. 260 ff. Siehe über die Häufigkeit auch Blin, Rapports sur le service des aliénés de la Seine. Letzterer war so freundlich, mir die Statistik der Colonie de Vaucluse mitzuteilen. Hier wurden in den Jahren 1890—1903 900 geisteskranke Knaben beobachtet. Unter diesen litten 179 an erworbenen Psychosen und zwar: 54 an Melancholie, 35 an Manie, 28 an epileptischer Geistesstörung, 12 an hysterischer Geistesstörung, 26 an Paranoia, 14 an alkoholistischer Geistesstörung, 8 an Dementia praecox, 2 an Dementia paralytica.

[2]) Vergl. z. B. Clouston, Clinical lectures on mental diseases. London, 1898. S. 31 (siehe auch Seite 135 und 584).

[3]) Vergl. z. B. Tremoth, Beiträge zur Lehre vom Irresein im Kindesalter. Münch. Med. Wochensch. 1891, No 35—37, Fall 3.

Unter den Gelegenheitsursachen kommen namentlich depressive Affekte in Betracht: bald handelt es sich um einen Schreck,[1]) bald um Trauer, bald um Angst um Eltern oder Geschwister, bald um Furcht vor Strafe u. dgl. m. Sehr charakteristisch ist auch die Beobachtung Infelds:[2]) ein 13jähriger Knabe war wegen chronischer eitriger Mittelohrentzündung operiert worden. Nach der Operation war er zunächst normal. Dann besuchte ihn seine Mutter. Als sie wieder wegreiste, brach die Melancholie los. In nicht wenigen Fällen spielt das Heimweh eine wesentliche Rolle. Sehr selten beobachtet man Melancholie nach fieberhaften Krankheiten[3]) und nach Kopfverletzungen, wiederholt habe ich dagegen gesehen, dass letztere eine schwere Exacerbation des Krankheitsbildes hervorriefen. In den wenigen Fällen, in welchen die Kopfverletzung wirklich die Melancholie erst hervorruft, dürfte der Schrecken eine grössere Rolle spielen als die mit der Verletzung verbundene Erschütterung, die sog. Kommotion, welche sonst bei den Kopfverletzungen oft die Hauptrolle spielt.

Fraglich ist die ätiologische Bedeutung der Herzkrankheiten[4]). Sehr selten beobachtet man eine echte Melancholie bei Chorea[5]).

Symptomatologie. Das dominierende Hauptsymptom ist die krankhafte Traurigkeit oder Depression. Je nachdem zu der letzteren noch Angst hinzutritt oder nicht, unterscheidet man eine Melancholie ohne Angst oder Hypomelancholie und eine Melancholie mit Angst (mélancolie anxieuse) oder Melancholia gravis. Die Angst wird meistens in die Brust, oft noch spezieller in die Herzgegend und in die Magengrube, das Epigastrium lokalisiert (sog. Praecordialangst). Seltener ist die Lokalisation der Angst im Abdomen oder im Kopf. Bald ist die Angst dauernd, bald tritt sie in Anfällen auf. Die Depression ist auf der Höhe der Krankheit

[1]) So wurde z. B. eine 14jährige Patientin von Emminghaus von einer Schar Truthühner angefallen. In einem meiner Fälle lag ein sexuelles Attentat vor.

[2]) Jahrb. f. Psychiatrie, 1902, Bd. 22, Fall 4, S. 334.

[3]) Joachim, Jahrb. f Kinderheilk., Bd. 29, rechnet den Fall H. Weber's (Med. Chir. Transact., Bd. 48), der im Abklingen eines Scharlach auftrat, hierher. Ich rechne denselben zu den Collapsdelirien. Wirklich hierher gehört z. B. ein Fall Kowalewski's nach Masern. (Med. West., 1883.)

[4]) Vergl. Zit, Die psychischen Störungen im Kindesalter. Zentralztg. f. Kinderheilk. 1879. Nr. 8.

[5]) Vergl. auch 2 Fälle Ferbers, Arch. d. Heilk., Bd. 10, S. 259 u. 12, S. 87. Im Fall 2 der Rinecker'schen Mitteilung (Allg. Ztschr. f Psychiatrie, Bd. 32, S. 562) scheinen zu einer hypochondrischen Melancholie von chronisch-remittierenden Verlauf erst nachträglich choreiforme Bewegungen hinzugetreten zu sein. Siehe auch Koch, Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 40. S. 556.

stets dauernd: das Kind kann überhaupt nicht mehr fröhlich sein. Die Freude am Spiel und das Interesse am Unterricht ist erloschen. Neben krankhaft gesteigerter Zärtlichkeit gegenüber den Eltern kommt auch zuweilen ein Absterben dieser Gefühlstöne vor. Fälle, in welchen eine solche Abschwächung der positiven Gefühlstöne im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, werden auch als „apathische Form der Melancholie" zusammengefasst. Während die Depression und Angst bei der Melancholie des Erwachsenen in der Regel sich nicht in Weinen äussert, ist letzteres bei der kindlichen Melancholie etwas häufiger. Auch insofern weicht der Affektzustand der kindlichen Melancholie von demjenigen der Melancholie des Erwachsenen etwas ab, als häufiger zu der Depression und Angst eine krankhafte Reizbarkeit und Eigenwilligkeit hinzukommt.

Sinnestäuschungen, also Halluzinationen und Illusionen sind bei der Melancholie des Erwachsenen nicht häufig. Bei der Melancholie des Kindesalters findet man sie fast in der Hälfte aller Fälle (halluzinatorische Form der Melancholie)[1]). Sie sind stets beängstigenden Inhalts. Am häufigsten sind schreckhafte Visionen (böse Männer, Grimassen, Teufel, schwarze Tiere u. dergl. m.). Seltener handelt es sich um drohende oder anklagende Stimmen.

Umgekehrt sind Wahnvorstellungen, welche sich bei der Melancholie des Erwachsenen sehr häufig sekundär, gewissermassen als Erklärungsversuche, an die Angst anschliessen, im Kindesalter etwas seltener. Früher hat man die mit Wahnvorstellungen verbundene Form der Melancholie auch als Melancholia cum delirio bezeichnet. Der Inhalt solcher Wahnvorstellungen ist im Ganzen derselbe wie bei der Melancholie des Erwachsenen. Sehr häufig sind namentlich hypochondrische Wahnvorstellungen (Melancholia hypochondriaca).[2]) So glaubte ein von Steiner[3]) beobachteter 6jähriger Knabe, er müsse an derselben Krankheit wie seine Schwester, deren Tod den Anlass zum Ausbruch seiner Melancholie gegeben hatte, sterben; wenn er auf seiner Haut ein Bläschen entdeckte, meinte er eine tödliche Hautkrankheit zu

[1]) Vergl. z. B. den Fall Berner's, Norsk Mag. f. Lägevidensk. 1882 (6jähriges Mädchen).

[2]) Das Vorkommen der Hypochondrie im Kindesalter hat schon Jolly betont (Hypochondrie in Ziemssens Handb. d. Spez. Path. u. Ther. S. 211). Vergl. auch Rinecker l. c.

[3]) Kompendium der Kinderkrankheiten. Leipzig, 1872. S. 68.

haben u. s. f. Seltener sind wahnhafte Selbstanklagen, das Kind behauptet, immer schlecht gewesen zu sein, gestohlen zu haben u. dergl. m. Erheblich häufiger als bei dem Erwachsenen sind Verfolgungsvorstellungen. Das Kind behauptet, dass schwarze Männer es holen wollen, dass man ihm nach dem Leben trachtet u. s. f.

Nicht zu selten beobachtet man bei der kindlichen Melancholie statt solcher Wahnvorstellungen Zwangsvorstellungen, also unrichtige Vorstellungen, von deren Unrichtigkeit das Kind selbst überzeugt ist, welche sich aber infolge einer sog. Überwertigkeit doch immer wieder aufdrängen. So berichtet S. Welt[1]) über ein 12½jähriges Mädchen, welches in einer posttyphösen Melancholie von der Zwangsvorstellung gequält wurde, seine Mutter töten zu müssen.

Der Grad der Denkhemmung wechselt im Einzelnen sehr. In leichteren Fällen bedarf es einer chronoskopischen Untersuchung, um die Verlangsamung der Ideenassoziation nachzuweisen. In den schwersten ist diese Verlangsamung so erheblich, dass das Kind die einfachsten Dinge verlernt zu haben scheint. Auf die einfachsten Tatsachen, sein Alter, die Namen seiner Geschwister, seinen Wohnort, einfache Rechenbeispiele muss es sich minutenlang besinnen. Nicht selten erhält man trotz allen Wartens überhaupt keine Antwort. Dementsprechend ist auch die Merkfähigkeit herabgesetzt. In der Schule vermag das Kind in schweren Fällen nichts mehr zu fassen oder zu behalten. Die einfachsten Aufträge werden verwechselt oder ganz vergessen. So kann es zum Bild einer totalen Ratlosigkeit kommen.

Hand in Hand mit der Denkhemmung geht die Bewegungshemmung (motorische Hemmung). In den leichteren Fällen, also namentlich bei der Hypomelancholie, äussert sich diese nur in einer krankhaften Unschlüssigkeit (Abulie), in den schwereren Fällen unterbleiben selbst die einfachsten Bewegungen oder werden wenigstens nur äusserst langsam und zögernd ausgeführt.[2]) Die Hemmung kann übrigens in sehr vielen Fällen ganz durch Angstbewegungen und Angsthandlungen verdeckt werden. Lautes

[1]) New-York Med. Journ. 1893.

[2]) Die ausgeprägtesten Hemmungen findet man bei den durch Schreck hervorgerufenen Melancholien. Man hat hier von einer besonderen Schreckpsychose gesprochen. Vgl. Infeld, Jahrb. f. Psychiatrie, Bd. 22, S. 334.

Jammern und Schreien, angstvolles Hin- und Herlaufen, Händeringen, Zupfen und „Melken“ an den Fingerbeeren, stundenlange wiegende Bewegungen des Oberkörpers beherrschen in solchen Fällen das Krankheitsbild. Je nachdem die Hemmungen oder die letztgenannten Angstbewegungen überwiegen, pflegt man eine Melancholia passiva und eine Melancholia activa s. agitata zu unterscheiden. Ganz ausnahmsweise bedingen die Hemmungen nicht wie bei der Melancholia passiva eine einfache Einschränkung aller Bewegungen bei Schlaffheit aller Körpermuskeln, sondern eine anhaltende Spannung aller oder fast aller Körpermuskeln. In der Regel liegen dann auch Halluzinationen vor. Diese dritte Erscheinungsform der Melancholie wird auch als Melancholia attonita bezeichnet.[1])

Bei allen schweren Formen der Melancholie, gelegentlich also auch trotz intensiver Hemmungen, kommen Selbstmordversuche vor. Eine grosse Zahl der Selbstmorde im kindlichen Lebensalter sind auf eine melancholische Erkrankung zu beziehen. Die folgenden Angaben geben zunächst einen Überblick über die Häufigkeit der Selbstmorde im jugendlichen Alter im Allgemeinen ohne Berücksichtigung der Ursache.

Durand Fardel[2]) fand für Frankreich auf 134 Selbstmörder einen unter 16 Jahren, Brierre de Boismont[3]), welcher speziell die Selbstmorde in Paris statistisch untersuchte, ermittelte einen Selbstmord im Alter unter 14 Jahren auf 59 Selbstmorde im allgemeinen. Die amtliche englische Statistik[4]) gibt für die Jahre 1881—1890 auf 1 Million Lebender 77 Selbstmorde an; im Alter unter 10 Jahren kamen auf 1 Million lebender Individuen 3 Selbstmörder, im Alter unter 15 Jahren 31. Für die Schweiz berechnet Guillaume[5]) auf 1000 Selbstmörder 9 Knaben unter 14 Jahren. Die Zahl der Selbstmorde in Preussen[6]) ergibt sich

[1]) Hierher gehört z. B. der Fall Kelp's (Allg. Ztsehr. f. Psyehiatrie. Bd. 31, S. 77): 16-jähriger Knabe; Sehwester epileptisch; Mutter, während sie mit dem Pat. schwanger war, gemütskrank; Hauptsymptome Depression, Angst, Hemmung, katatonische Spannung, Flexibilitas cerea, Versündigungsvorstellungen, Gehörstäuschungen; vor der Aufnahme Selbstmordversueh; Ausgang in Heilung.

[2]) Etude sur le suieide chez les enfants, Ann. méd. psyeh. 1855, S. 61.

[3]) Du suieide et de la folie — suicide. Paris 1865. 2. Aufl.

[4]) 55th Ann. Report of the Regist. Gen. for England. Vgl. aueh Ogle, Journ. of the statist. soeiety 1886.

[5]) Der Selbstmord in der Sehweiz. Korresp. bl. f. Sehweizer Ärzte, 1895.

[6]) Guttstadt, Über den Selbstmord in Preussen. Ztschr. d. preuss. statist. Bureaus 1877 u. Baer, Der Selbstmord im kindliehen Lebensalter. Leipzig, 1901, S. 12.

aus folgender Tabelle der durchschnittlichen jährlichen Selbstmordzahlen:

Periode	im Alter von 0—10 Jahren		10—15 Jahren	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
1869—1873	2,2	0,6	29,4	6,0
1874—1878	2,4	1,2	30,8	8,4
1879—1883	3,2	0,4	47,4	13,8
1884—1888	2,2	0,8	42,2	14,0
1889—1893	1,8	1,0	55,6	13,4
1894—1898	2,8	—	49,2	12,8

Nach Rehfisch[1]) ist der Prozentsatz der jugendlichen Selbstmörder in Preussen, Frankreich und Dänemark am höchsten, in England, Schweiz und Italien am niedrigsten.

Ausserordentlich bemerkenswert ist die Zunahme der Selbstmorde im Kindesalter, welche von den verschiedensten Autoren konstatiert wurde.[2]) Sie wurde von Heyfelder und Casper schon in der 1. Hälfte des letzten Jahrhunderts hervorgehoben.

Von allen Selbstmorden des Kindesalters waren nach der offiziellen Statistik 12½ % (nach Abzug der Selbstmorde aus unbekannten Ursachen) auf Geisteskrankheit zu beziehen. Jedenfalls ist jedoch diese Zahl zu klein. Gerade zu den Selbstmorden aus unbekannter Ursache (36 % im Kindesalter) dürften nichterkannte Geisteskrankheiten den grösten Anteil stellen. Unter den Geistesstörungen, welche im kindlichen Alter Selbstmord bedingen, spielt jedenfalls die Melancholie[3]) die grösste Rolle. Praktisch ist also die Melancholie auch in dieser Beziehung von ernster Bedeutung.

Ausser Selbstmordversuchen kommt unter den pathologischen Handlungen des melancholischen Kindes namentlich die Nahrungs-

[1]) Der Selbstmord. Berlin, 1893.

[2]) Vergl. z. B. Prinzing, Trunksucht und Selbstmord. Leipzig, 1895. Siegert, Das Problem der Kinderselbstmorde. Leipzig, 1893. Périer, Le suicide chez l'enfant et l'adolescent, Ann. de méd et de chir. infant. 1899. v. Oettingen, Die Moralstatistik und ihre Bedeutung für eine Soziologie. Erlangen, 1882 und viele andere.

[3]) Noch mehr Fälle scheint die erblich-degenerative psychopathische Konstitution zu stellen, doch sind diese in der offiziellen Statistik wahrscheinlich grösstenteils nicht zur Rubrik „Geisteskrankheit" gerechnet worden. Die Zunahme der kindlichen Selbstmorde ist jedenfalls nicht auf die Melancholie, sondern auf diese erblich-degenerative psychopathische Konstitution zu beziehen.

verweigerung in Betracht. Manche melancholische Kinder sträuben sich tagelang gegen jede Nahrungsaufnahme. Drohungen und Versprechungen bleiben in schweren Fällen ganz wirkungslos. Bald beruht die Nahrungsverweigerung einfach auf der Depression und Angst bald auf den Angstvorstellungen. Im letzteren Fall behauptet das Kind, es habe kein Essen verdient oder es sei zu schwer krank, um Speisen verdauen zu können u. dgl. m.

In sehr schweren Fällen, namentlich bei der passiven Melancholie kommen auch Verunreinigungen mit Kot und Urin vor.

Praktisch sehr bedeutsam sind die Brandstiftungen, welche bei jugendlichen Melancholischen gelegentlich auf Grund schwerer Angstaffekte auftreten. Meistens handelt es sich in diesen Fällen um Individuen, die bereits in der Pubertät stehen (Dienstmädchen u. s. f.). Eine meiner Patientinnen, bei welcher sich ein melancholischer Zustand auf dem Boden einer Debilität entwickelte, versuchte auf Grund von Angstaffekten den Vorhang in ihrem Schlafzimmer in Brand zu stecken. Sehr häufig führt die Angst auch zu Fluchtversuchen.

Körperliche Symptome fehlen fast niemals. Die Mundhöhle und die Zunge sind in Folge einer Herabsetzung der Speichelsekretion meist sehr trocken.[1]) Die Zunge ist ausserdem oft stark belegt. Die Magensaftsekretion ist bei der kindlichen Melancholie noch nicht untersucht worden. Der Stuhlgang ist fast stets sehr träge. Das Körpergewicht nimmt stets erheblich ab und zwar auch in solchen Fällen, in welchen keine direkte Nahrungsverweigerung besteht. Die Temperatur ist normal oder subnormal. Der Puls ist bei der passiven Melancholie zuweilen verlangsamt, bei stärkerer Angst ist er durchweg beschleunigt. Die Haut fühlt sich meist sehr kühl an. Die peripherischen Arterien sind in schwereren Fällen meist eng zusammengezogen.[2])

Varietäten der Melancholie. Ausser den schon angeführten Unterformen ist namentlich die neurasthenische Varietät der Melancholie zu nennen, die im Kindesalter nicht selten ist und meist zu ausgeprägten hypochondrischen Vorstellungen führt. Auch die Komplikation mit Hysterie kommt zuweilen vor.

[1]) Dies kontrastiert z. B. oft scharf gegen die abnorm gesteigerte Speichelsekretion vieler Fälle von Dementia hebephrenica.

[2]) Sehr dunkel ist der 1. Fall der Rineckerschen Mitteilung (Allg. Ztschr. f. Psychiatie Bd. 32, S. 561), in welchem zu einer Melancholie Krampfanfälle hinzutraten und der Sektionsbefund negativ war.

Verlauf. Die Entwicklung der kindlichen Melancholie ist bald rasch, bald langsam. Ich kenne Fälle, in denen die Krankheitshöhe schon in 24 Stunden erreicht war, während in anderen der Krankheitsanstieg sich mehrere Monate hinzog. Bald setzt die Krankheit von Anfang an mit Angstaffekten ein, bald kommen diese erst später hinzu, bald bleiben sie ganz aus. Weitaus die meisten Fälle gehen, wofern nicht doch ein Selbstmordversuch glückt, in Heilung über. Ausnahmsweise kommt Tod durch Erschöpfung vor. Die Krankheitsdauer schwankt zwischen einigen Wochen und einigen Monaten. Ein Übergang in chronische Melancholie ist sehr selten; vielleicht gehört ein bekannter Fall Falrets hierher.[1]) Dagegen sind Recidive in späteren Lebensjahren ziemlich häufig.

Diagnose. Die Melancholie des Kindesalters wird zunächst sehr oft übersehen. Die Hemmung wird für Trägheit gehalten, die Angst als Furcht vor Strafe wegen der vermeintlichen Trägheit gedeutet. Demgegenüber ist festzuhalten, dass die Hemmung der Melancholie durch ihre Kombination mit Depression ihren krankhaften Charakter dokumentiert. Die melancholische Angst erweist sich gerade dadurch als krankhaft, dass die Zusicherung von Straflosigkeit völlig wirkungslos bleibt. Sehr bezeichnend sind auch die oben angeführten körperlichen Symptome.

Andererseits muss man sich hüten, jeden Angstzustand für Melancholie zu halten. So haben z. B die als Pavor nocturnus bekannten nächtlichen Angstanfälle des Kindesalters nichts mit der Melancholie zu tun. Ebenso sind im allgemeinen die sog. Phobien, d. h. Angstzustände, welche an bestimmte Situationen und Vorstellungen anknüpfen, vollständig von der Melancholie zu trennen. Diese gehören vielmehr grösstenteils der sog. erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution und der Neurasthenie an, Krankheitsformen, welche später an anderer Stelle Besprechung finden. Klinisch sind sie schon daran leicht von der Melancholie zu unterscheiden, dass bei ihnen die kontinuierliche Depression fehlt.

Sehr schwer kann die Unterscheidung von der akuten halluzinatorischen Paranoia (Amentia) werden, da bei dieser zuweilen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen beängstigenden Inhalts überwiegen und andererseits, wie oben bereits erwähnt, gerade im Verlauf der kindlichen Melancholie oft

[1]) Falret, De l'hypochondrie et du suicide S. 314.

Sinnestäuschungen auftreten. Die Differentialdiagnose muss sich darauf stützen, dass bei der akuten halluzinatorischen Paranoia doch vereinzelt auch nicht-depressive Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen auftreten und dass die Sinnestäuschungen von Anfang an das Krankheitsbild beherrschen, während sie bei der halluzinatorischen Form der Melancholie erst im Verlauf der Krankheit hinzukommen. Übrigens existieren gerade im Kindesalter zweifellos Übergangsformen zwischen der halluzinatorischen Varietät der Melancholie und der akuten halluzinatorischen Paranoia.

Die Unterscheidung von der Stupidität (der sog. akuten Demenz) kommt seltener in Frage. Bei dieser Psychose findet man statt der Depression eine schwere Apathie. Äusserlich kann das Bild der passiven Melancholie gleichen. Auch scheinen Übungsformen vorzukommen. In einem wahrscheinlich hierher gehörigen Falle Friedmanns[1]) knüpfte die Psychose an einen Affektshock an und begann mit Kopfschmerz und Erbrechen.

Bezüglich der Prognose und der Behandlung ist am gefährlichsten die Verwechslung der Melancholie mit der Hebephrenie, welche nicht selten Depression und Angst unter ihren Symptomen aufweist und daher eine Melancholie vortäuscht. Namentlich gegen das Ende der Kindheit, mit Eintritt der Pubertät wird diese Differentialdiagnose oft praktisch wichtig. Die Unterscheidung beruht auf folgenden Punkten:

1. Bei der Hebephrenie herrscht die Apathie vor; Depression und Angst treten meist nur interkurrent auf, und neben solchen interkurrenten depressiven Zuständen kommen auch interkurrente heitere Erregungen vor. So kannte ich ein junges Mädchen, welches das Bild einer schweren Melancholie mit Versündigungsvorstellungen und einzelnen beängstigenden Sinnestäuschungen darbot; die Diagnose Hebephrenie wurde dadurch gesichert, dass eine längere apathische Phase der Depression vorausgegangen war und die Kranke im weiteren Verlauf mitten in der Depression hin und wieder aus dem Bett sprang und in eigentümlich manierierter Weise umhertänzelte.

2. Die Hebephrenie zeigt von Anfang an einen Intelligenzdefekt, die Melancholie nur Hemmungen. Das melancholische

[1]) Über Nervosität und Psychosen im Kindesalter, Münch. Med. Wchschr. 1892, Nr. 21, Fall 1. Möglicherweise handelt es sich jedoch auch um eine akute Halluzinose, welche erst ein Erregungs- und dann ein Hemmungsstadium durchlief (postmanischer Stuper älterer Autoren).

Kind antwortet langsam oder garnicht, selten falsch, niemals direkt widersinnig; bei der Hebephrenie fällt der Unsinn einzelner Antworten auf.

3. Stereotype, d. h. gleichmässig sich immer wiederholende Bewegungen kommen bei der Melancholie nur als Ausdrucksbewegungen der Angst vor (Ringen der Hände, Zupfen an den Fingerbeeren, zuweilen auch Wiegen des Oberkörpers etc.), während bei der Hebephrenie in der Regel auch Stereotypien ohne jede Affektbedeutung auftreten.

4. Einnässen kommt bei der Melancholie nur in den schwersten Angst- bezw. Hemmungszuständen vor, während es bei der Hebephrenie nicht selten auch in den relativ besseren Zeiten beobachtet wird.

Therapie. Schon die Stellung der Diagnose, noch mehr aber die Behandlung erfordert, wie bei allen Psychosen und Nervenkrankheiten, die Zuziehung eines Arztes. Die Hauptpunkte der ärztlichen Behandlung sind:

1. Ununterbrochene Überwachung bei Tag und bei Nacht wegen Selbstmordgefahr: das Kind darf niemals allein sein, Messer und Scheeren etc. müssen entfernt, die Fenster verwahrt werden, öfters muss nach Stricken etc. gefahndet werden,

2. absolute Bettruhe,

3. warme hydropathische Einpackungen, eventuell auch prolongierte warme Bäder,

4. Überwachung der Ernährung,

5. eventuell vorsichtige Darreichung kleiner Opiumdosen. Meistens kommt man ohne die letzteren aus.

Der folgende Fall, welcher gerade in seiner Einfachheit für die gewöhnliche Form der Melancholie als Paradigma dienen kann, mag abgekürzt hier mitgeteilt werden.

Sch., 14jähriger Knabe, wird von seinem Vater in die Klinik gebracht. Seine Mutter wird zur Zeit wegen Melancholie in einer anderen Klinik behandelt. Eine Schwester, 2 Tanten und ein Onkel der Mutter haben an Geisteskrankheit gelitten. Die Geburt und die Entwicklung in den ersten Kinderjahren verlief normal. Auf der Schule war er stets etwas übertrieben pedantisch-gewissenhaft, auch leicht zu Ängstlichkeit geneigt, sonst aber heiteren Temperaments. Er lernte nicht besonders leicht, gehörte aber zu den besten Schülern seiner Klasse. Im Juli

1903 erkrankte seine Mutter an einer Psychose. Darüber grämte sich der Knabe sehr und bald nahm die Depression einen deutlich krankhaften Charakter an. Er fasste nichts mehr auf, wurde mit seinen Arbeiten nicht fertig, verwechselte die Aufträge, welche sein Vater ihm gab, klagte über Angst, schlief schlecht und ass fast nichts mehr. Ein ziemlich schwerer Sturz im September verschlimmerte den Zustand noch erheblich.

Bei seiner Aufnahme in die Klinik wog er 66 Pfund. Den ganzen Tag starrte er traurig vor sich hin. Die Angst wurde in der Brust lokalisiert. Beinahe völlige Nahrungsverweigerung. Leichte Krankheitseinsicht. Keine sekundären Wahnvorstellungen. Die Sorge um die erkrankte und übrigens inzwischen bereits auf dem Weg der Genesung befindliche Mutter war ganz zurückgetreten. Depression und Angst waren im wesentlichen inhaltlos. Die körperliche Untersuchung ergab mit Ausnahme der schweren allgemeinen Ernährungsstörung einen negativen Befund.

In der Klinik trat binnen fünf Wochen bei absoluter Bettruhe und hydropathischen Einpackungen vollkommene Genesung ein. Das Gewicht stieg auf 74 Pfund.[1])

Pathologische Anatomie. Der Sektionsbefund ist negativ. Wahrscheinlich ist die Grundlage der Melancholie in Veränderungen der Entladungsfähigkeit der Rindenelemente zu suchen, welche z. B. durch Cirkulationsstörungen bedingt sind und pathologisch-anatomisch mit unseren Untersuchungsmethoden nicht nachzuweisen sind.

2. Intellektuelle Psychosen.

a. Stupidität.

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Die Stupidität ist durch folgende Hauptsymptome gekennzeichnet:

Totale oder fast totale Hemmung der Vorstellungsprozesse und eine damit Hand in Hand gehende Verödung des Gefühlslebens.

Literatur. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, 1887. S. 181 ff.

Die Namen dieser recht seltenen Psychose haben sehr gewechselt. Oft hat man sie auch als primäre Demenz (Dementia primaria) bezeichnet im Gegensatz zu der an funktionelle Psychosen

[1]) Der Tod der Mutter hat inzwischen einen leichten Rückfall hervorgerufen.

sich zuweilen anschliessenden sekundären Demenz. Man hat dann weiter oft noch das Beiwort „akut" oder „heilbar" zugefügt, hat also von akuter heilbarer Demenz gesprochen, um auszudrücken, dass es sich um keinen unheilbaren Intelligenzdefekt handle. Alle diese Bezeichnungen sind unzweckmässig, weil es sich bei den hierher gehörigen Fällen überhaupt um keinen Intelligenzdefekt, keine Demenz, sondern nur um Hemmungen handelt. Es geht dies zweifellos aus der Tatsache hervor, dass die Patienten bei der Genesung nicht etwa dasjenige, was sie während der Krankheit nicht wussten, wiederum lernen müssen, sondern mit der Heilung, d. h. mit dem Wegfall der Hemmungen, ohne weiteres wieder in ihren früheren intellektuellen Besitzstand eintreten. Die Bezeichnung „stupidité", Stupidität ist daher entschieden vorzuziehen. Englische Autoren (Newington) sprechen von „anergic stupor", diese Bezeichnung ist insofern unzweckmässig, als die Bezeichnung Stupor sonst nicht für eine Krankheit, sondern für einen Krankheitszustand gebräuchlich ist, welcher auch bei manchen anderen Geistesstörungen vorkommt.

Ätiologie. Die wesentliche Ursache der Stupidität ist die Erschöpfung, z. B. durch anstrengende Fabrikarbeit (namentlich in Ländern, in welchen die Kinderarbeit gesetzlich nicht geregelt ist), durch Verkürzung des Schlafs (z. B. bei jugendlichen Bäckerlehrlingen) und infolge mangelhafter Ernährung (auch Chlorose). Oft sind diese Faktoren in mannigfaltigster Weise kombiniert. Die Gelegenheitsveranlassung zum Ausbruch kann eine einzelne, besonders schwere Überanstrengung geben. So berichtet Emminghaus von einem Fall, in welchem der erkrankte Knabe stundenlang bei dem Nieten eines grossen Dampfkessels im Innern desselben gewesen war. In anderen Fällen löst ein Schreck die Psychose aus. So verfiel eine meiner Patientinnen nach einem Stuprumversuch in Stupidität. Wiederholt ist die Krankheit nach Misshandlungen beobachtet worden. Unter den akuten Infektionskrankheiten scheint die Erschöpfung nach schwerem Typhus eine Rolle zu spielen.[1]) Casson beschreibt einen Fall nach Masern.[2]) — Erbliche Belastung wird recht oft vermisst.

[1]) Vgl. z. B. Berkhan, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 37, S. 281 (Verf. bezeichnet seinen Fall unzweckmässig als „vorübergehenden Idiotismus"). Nicht ganz aufgeklärt ist der merkwürdige posttyphöse Fall von Feith, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 30 (5jähriger Knabe). Zu kurz mitgeteilt ist auch der Fall von Hemkes, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 33, S. 301 (Fall 6).

[2]) Lancet 1886, B, S. 1020. Siehe auch L. Weber, Amer. Jorn. of Neurol. and Psych. 1882 (Scarlatina). Demme (25. Jahresbericht des Jennerschen Kinder-

Zweifelhaft ist die Auffassung der Fälle, welche von Krafft-Ebing[1]) als „Irrsein durch Onanie" beschrieben hat. Zwei der von ihm mitgeteilten Fälle setzten in der Pubertät ein und führten zu apathischem Blödsinn. Die Diagnose ist jedoch nicht zweifellos. Es könnte sich auch um epileptische Demenz bezw. Hebephrenie gehandelt haben.

Symptomatologie. Das Hauptsymptom ist in den schwersten Fällen die fast totale Hemmung aller Vorstellungsprozesse. Die einfachsten Fragen werden nicht richtig aufgefasst und garnicht oder auch falsch beantwortet. In den leichten Fällen klagen die Kinder selbst, ihr Kopf sei so leer, sie könnten nichts mehr verstehen, nichts mehr denken, nichts mehr behalten. In den schwersten Fällen ist auch die Orientierung fast ganz aufgehoben. Das Kind weiss weder Jahreszahl noch Jahreszeit noch Aufenthaltsort anzugeben. Die Aussenwelt scheint für das Kind schliesslich nicht mehr zu existieren. Von einer fortlaufenden Ideenassoziation kann überhaupt nicht mehr die Rede sein. Das zu einer solchen erforderliche Vorstellungsmaterial fehlt völlig. Nur in grossen Zwischenräumen tauchen ab und zu einige abgerissene Vorstellungen auf. In seltenen Fällen können solche abgerissene Vorstellungen zu einer vorübergehenden, ganz isoliert dastehenden Wahnvorstellung zusammentreten Sonst kommt es im allgemeinen nicht zu inhaltlichen Störungen des Denkens; letzteres steht beinahe in buchstäblichem Sinne still.

Sehr bezeichnet ist die Äusserung eines 15jährigen Patienten Dornblüths[2]) nach seiner Genesung: „Ich konnte nicht sprechen. Es fiel mir nichts ein." Bemerkenswert ist dieser Fall auch wegen einer leichten Paraphasie.[3]) („Ich versprach mich immer. Ich merkte es, aber ich konnte es nicht anders machen.")

Ebenso wie Wahnvorstellungen fehlen auch Sinnestäuschungen (Halluzinationen und Illusionen) in der Regel gänzlich (siehe auch unten unter Verlauf).

Im Affektleben überwiegt mit der zunehmenden Verarmung des Bewusstseinsinhaltes die Apathie. Der Gesichtsausdruck ist meist ganz leer. Höchstens beobachtet man ein blödes

spitals 1887) sah eine Stupidität nach Parotitis und bei demselben Kind ½ Jahr später nach Diphtherie auftreten.

[1]) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, S. 425.

[2]) Neurolog. Zentralbl. 1887, Bd. 6, Nr. 12, S. 267.

[3]) D. h. Wortverwechslungen. — Demme (l. c.) beobachtete bei einer nach Masern aufgetretenen Stupidität Stottern.

Lächeln oder ein verwundertes Umherstarren. Selten sind flüchtige Angst- und Zornaffekte. Etwas öfter kommt ab und zu eine alberne, kindische Heiterkeit vor.

Das Gebahren und Handeln der Kranken entspricht dieser Verödung der psychischen Prozesse. Die gesamte Körpermuskulatur ist meist fast ohne jede Spannung. Passive Bewegungen stossen in der Regel auf keinen Widerstand. Alle aktiven Bewegungen sind auf ein Minimum reduziert. Stunden-, tage- und wochenlang stehen die Kranken auf einem Platz oder hocken zusammengesunken auf einem Stuhl oder liegen regungslos im Bett. Die Augen sind dabei öfter offen als geschlossen. Selten beobachtet man ein monotones Wiegen des Rumpfes, sehr selten katatonische Spannungen. Urin und Koth lassen die Kinder in allen schweren Fällen unter sich. Auf Anruf blinzeln sie kaum. Oft ist auch die Reaktion auf Stiche auffällig gering. Aufgetragene Bewegungen werden garnicht oder sehr langsam, nicht selten auch verkehrt ausgeführt. Dabei malt sich zuweilen eine sichtliche Verlegenheit auf dem Gesicht des Kindes: offenbar ist ihm das Erinnerungsbild der aufgetragenen Bewegung garnicht gegenwärtig. Sprachliche Äusserungen sind in allen schweren Fällen sehr spärlich. Oft beschränkt sich der Wortschatz auf einige Interjektionen. Zuweilen wird immer derselbe Satz ohne jede affektive Betonung mit leiser Stimme wiederholt (z. B. „kann ich denn nicht heim?").

Unter den körperlichen Symptomen sind die Störungen des Blutkreislaufs besonders auffällig. Der Puls ist oft sehr langsam, die Welle niedrig und leicht unterdrückbar. Auch die zentrale Körpertemperatur ist meist herabgesetzt. Die Haut fühlt sich kühl an, öfters erscheint sie etwas gedunsen, zuweilen leicht oedematös.

Verlauf und Ausgänge. Oft setzen die Symptome der Stupidität direkt als solche ein und zwar bald allmählich (so namentlich, wenn Erschöpfung ätiologisch die Hauptrolle spielt) bald plötzlich (so z. B. nach Schreck). Zuweilen wird ein sehr kurzes, höchstens einige Tage dauerndes, initiales Erregungsstadium beobachtet, in welchem abgerissene Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen vorherrschen. Ältere Psychiater haben in solchen Fällen von „postmanischem Stupor" gesprochen. Auch im weiteren Verlauf, also interkurrent, treten nicht selten kürzere Erregungszustände vor: die Kranken drängen plötzlich

fort oder tänzeln singend oder pfeifend umher oder vergreifen sich plötzlich an einer Person ihrer Umgebung.

Die Gesamtdauer beträgt fast stets einige Monate, oft 1 Jahr und noch mehr. Heilung tritt in zirka 60 % aller Fälle ein. Nicht selten handelt es sich um eine Heilung mit Defekt, d. h. der geistige Besitzstand erweist sich nach Ablauf der Stupidität etwas vermindert, die für den Charakter entscheidenden Gefühlsbetonungen sind eine Stufe tiefer gesunken, die Urteilskraft hat eine leichte Abschwächung erfahren. In anderen Fällen tritt eine ausgesprochene sekundäre Demenz ein.

Diagnose. Von der Melancholie ist die Stupidität genugsam dadurch unterschieden, dass eine kontinuierliche Depression fehlt.

Schwerer ist gerade im Kindesalter die Unterscheidung von der akuten halluzinatorischen Paranoia oder Amentia. Die Unterscheidung beruht auf dem Nachweis von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen: bei der Stupidität finden sich solche, wenn man von dem oben erwähnten, gelegentlich vorkommenden Initialstadium und gelegentlichen interkurrenten Erregungszuständen absieht, nur vereinzelt, während sie bei der akuten halluzinatorischen Paranoia (auch bei der stuporösen, d. h. mit starken Hemmungen verlaufenden Varietät) dauernd das Krankheitsbild beherrschen. Leider ist praktisch dieser Nachweis oft sehr schwer zu führen, da die in Betracht kommenden Kranken sehr oft keine oder ungenügende sprachliche Auskunft geben. Man ist dann darauf angewiesen, aus dem Gesichtsausdruck und den Gestikulationen des Kranken auf An- oder Abwesenheit von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen zu schliessen. Der Gesichtsausdruck des stupiden Kindes ist leer und erschöpft, während er bei der akuten halluzinatorischen Paranoia gespannt ist. Bei der Stupidität sind ferner die Körpermuskeln meist schlaff, während sie bei der stuporösen Form der akuten halluzinatorischen Paranoia meist stark gespannt sind (so namentlich der Schliessmuskel des Auges, die Kiefermuskeln u. s. f.). Auch Hyperidrosis (d. h. abnorm gesteigerte Schweisssekretion) und Sialorrhoe (d. h. abnorm gesteigerte Speichelsekretion) spricht für akute halluzinatorische Paranoia. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass zwischen beiden Psychosen gerade auch in der Kindheit Übergangsformen vorkommen. Diese kommen entweder dadurch zu Stande, dass das initiale halluzinatorische Stadium und die interkurrenten Erregungszustände der Stupidität sich länger hin-

ziehen, oder dadurch, dass dauernd Halluzinationen und Wahnvorstellungen in etwas grösserer Zahl das Krankheitsbild der Stupidität begleiten.

Hysterie muss durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung ausgeschlossen werden.

Der Verwechslung mit dem angeborenen Schwachsinn ist durch anamnesische Erhebungen über die intellektuelle Entwicklung des Kindes vor Ausbruch der Psychose leicht vorzubeugen.

Sehr schwierig kann die Unterscheidung von der Hebephrenie werden. Das äusserliche Bild kann fast ganz dasselbe sein. Einen ziemlich sicheren Hinweis gibt schon die Ätiologie. Die Stupidität entwickelt sich vorzugsweise auf dem Boden schwerer Erschöpfung oder im Anschluss an einen Affektshock. Die Hebephrenie hat mit diesen ätiologischen Momenten nichts zu tun. Ferner entwickelt sich die Stupidität meist (nicht stets) akuter als die Hebephrenie. Endlich zeigt auch das klinische Bild auf der Krankheitshöhe bestimmte Unterschiede. Bei der Hemmung der Stupidität werden katatonische Spannungen in der Regel vermisst. Die Ideenassoziation der Stupidität ist, soweit überhaupt sprachliche Äusserungen vorkommen, abnorm einfach; der „Wortsalat" komplizierter Begriffe, wie er die Verwirrtheit des Hebephrenikers meist kennzeichnet, fehlt. Perseveration, Echokinese, Echolalie, Verbigeration (d. h. fortwährendes permutierendes Wiederholen einiger wenigen Worte) und Stereotypien kommen bei beiden Krankheiten vor, doch sind die Stereotypien der Hebephrenie oft bizarrer und manierierter.

Behandlung. Die Behandlung ebenso wie die Diagnose ist selbstverständlich nur dem psychiatrisch erfahrenen Arzt möglich. In der Regel ist die Überführung in eine Anstalt notwendig. Die Hauptkurmassregeln sind: Bettruhe, Überernährung (eventuell mit allgemeiner Massage) und kurze warme Bäder; ferner kommen zuweilen Eisenpräparate, Chinin, Kampher und Digitalis in kleinen Dosen in Betracht.

b. Akute halluzinatorische Paranoia s. Amentia.

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Diese Psychose ist in ihrer typischen Form charakterisiert durch das akute Auftreten von Halluzinationen und Illusionen, welche das Krankheitsbild während des ganzen Verlaufs beherrschen.

Literatur. Die akute halluzinatorische Paranoia ist früher unter den verschiedensten Namen beschrieben worden: In Deutschland war namentlich die Bezeichnung „akuter halluzinatorischer Wahnsinn" üblich. Westphal führte die Bezeichnung „akute halluzinatorische Paranoia" ein; die Berechtigung dieser Bezeichnung liegt darin, dass in der Tat zwischen unserer Psychose und der später zu besprechenden chronischen halluzinatorischen Paranoia fliessende Übergänge vorkommen. Fürstner bezeichnete dieselbe Psychose als halluzinatorisches Irresein, Wernicke als Halluzinosis. Wille, Fritsch u. A. sprechen von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit oder Verworrenheit, Meynert von Amentia. Wenn man die akute Form der halluzinatorischen Paranoia durchaus als eine besondere Gattung bezeichnen will, so dürfte sich die Meynert'sche oder die Wernicke'sche Bezeichnung, also Amentia resp. Halluzinosis durch ihre Kürze am meisten empfehlen.

Französische Autoren bezeichnen die in Rede stehende Psychose meist schlechthin als „délire". In der englischen Literatur ist auch heute noch vielfach die Bezeichnung „mania" üblich.

Für die akute halluzinatorische Paranoia des Kindesalters kommen namentlich in Betracht:

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, 1887. S. 201 ff.

Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. Paris, 1899. S. 71 ff. und 115 ff.

P. Moreau (de Tours) La folie chez les enfants. Paris 1888. S. 269 ff. (unausreichende Darstellung).

Fletcher Beach, Insanity in children, Journ. of ment. science. July, 1898. S. 466.

Häufigkeit und Ätiologie. Die akute halluzinatorische Paranoia (Amentia, Hallucinose) ist weitaus die häufigste funktionelle Psychose des Kindesalters.

Die wichtigsten ätiologischen Faktoren sind:

1. Die akuten Infektionskrankheiten. Wie später erörtert werden wird, werden diese sehr oft während des Inkubations- und Prodromalstadiums, ferner auf der Krankheitshöhe und schliesslich auch zur Zeit des Fieberabfalls von eigenartigen sogen. **Delirien** begleitet. Ausser diesen „Begleitdelirien", denen eine besondere Stellung gebührt und daher auch ein besonderes Kapitel gewidmet werden soll, kommen länger dauernde Geistesstörungen im Gefolge von fieberhaften Krankheiten vor. Diese „postinfektiösen"

Psychosen unterscheiden[1]) sich von den Begleitdelirien schon dadurch, dass sie die Infektionskrankheit erheblich überdauern, während die Begleitdelirien sich in der Hauptsache auf eine Begleitung der einzelnen Phasen der Infektionskrankheit selbst beschränken. In Betracht kommen namentlich:

Typhus[2]), Scharlach[3]), Masern[4]),
Diphtherie[5]), Influenza[6]).

Sehr selten kommen Röteln (Rubeolae)[7]) ätiologisch in Betracht. Auch Keuchhusten (Pertussis) spielt selten eine Rolle[8]). Nach Blattern (Variola) hat man fast nur schwere Defektpsychosen beobachtet. Bemerkenswert ist, dass nach allen den genannten Infektionskrankheiten sich eine halluzinatorische Paranoia auch dann entwickeln kann, wenn während der Infektionskrankheit nur geringe Delirien bestanden hatten.

Eine ganz besondere Rolle spielt endlich noch die Infektion, welche dem akuten Gelenkrheumatismus zu Grunde liegt und ausser diesem oft noch Chorea und Endocarditis hervorruft. Es sind gerade die mit Chorea (Veitstanz) komplizierten Fälle des akuten Gelenkrheumatismus, welche relativ oft zu einer halluzinatorischen

[1]) Diesen Unterschied hat schon Esquirol (Maladies mentales, Übers. von Behrend S. 43, Original S. 73) hervorgehoben. Dabei ist jedoch selbstverständlich zuzugeben, dass oft eine scharfe Grenze nicht gezogen werden kann, wie dies Neumann in seinem Lehrbuch der Psychiatrie gerade im Hinblick auf die Kinderpsychosen ausgezeichnet auseinandergesetzt hat.

[2]) Vergl. z. B. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 11. Aufl. 1903. S. 805.

[3]) Vergl. z. B. Mercier, Brit. Med. Journal, 1883 B. Joachim, Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 29, S. 338. Albers, Froriep's Tagesberichte Nov. 1852, S. 41. Möller, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 13, S 215.

Der Fall Webers ist als Collapsdelir aufzufassen (Med. Chir. Transact, Band 48), ebenso der Fall von Brosius (Irrenfreund 1866). Der Fall von Spitzka (Amer. Journ of Neur. and Psych 1882) gehört ebenfalls wohl nicht hierher; es dürfte sich um eine organische Nacherkrankung des Gehirns gehandelt haben. Die Fälle Kiernans (Journ. of nerv. and ment. disease) sind wie der Spitzkasche als Collapsdelirien zu deuten.

[4]) Vergl. z. B. Henoch, l. c. S. 723. Albers, Froriep's Tagesberichte Nov. 1852, S. 41. Sotow, Jahrb. f. Kinderheilk Bd. 50. S. 3 (Komplikation mit Konvulsionen, die vielleicht durch die Anwesenheit einer Taenia nana bedingt waren). Der Fall Webers (l. c.) ist eine Collapsdelir.

[5]) Vergl. z. B. Kühn, Zeitschr f. Medizinalbeamte 1898 und Naturforschervers. zu Braunschweig 1897, Th. II, 2. Hälfte S. 165; doch könnte es sich auch um eine Stupidität gehandelt haben. Siehe auch Rosenblum, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 10.

[6]) Vergl. z. B. Mispelbaum, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 47, S. 130. Kalischer, Arch. f Psychiatrie, Bd. 29, S. 231 (zweijähriges Kind).

[7]) Vergl. Chatelain, Ann. méd. psych. 1870 B, S 260 (es handelt sich um ein Kind im Alter von 4 Jahren 9 Monaten; wahrscheinlich wirkte ein Affektshock mit).

[8]) Vergl. Meschede, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 30; Ferber, Jahrb. f. Kinderheilk, Bd. 2, S 229; Möller, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 13, S. 213.

Psychose führen[1]). Auch bei Chorea ohne Gelenkrheumatismus kommt gelegentlich eine akute halluzinatorische Paranoia vor[2]).

2. Autointoxikation. Als solche bezeichnet man Vergiftungen durch ein im Körper selbst infolge einer Stoffwechselstörung gebildetes Gift.

In erster Linie ist hier die Uraemie zu nennen, wie sie namentlich bei der Nephritis (z. B. der den Scharlach begleitenden Nierenentzündung) auftritt. Auch hier beobachtet man neben Begleitdelirien gelegentlich länger dauernde halluzinatorische Zustände im Sinne der akuten Halluzinose.[3])

Sehr selten führt Cholaemie (bei Leberleiden) im Kindesalter zum Ausbruch einer akuten halluzinatorischen Paranoia.

3. Intoxikationen mit Alkohol,[4]) Metallgiften[5]) u. s. f. Sowohl die chronische wie die akute Alkohol- und Metallvergiftung kann im Kindesalter eine akute halluzinatorische Paranioa verursachen.

Wenn die auf dem Boden des chronischen Alkoholismus auftretende akute Halluzinose perakut verläuft, wird sie auch als Delirium tremens bezeichnet. Es ist jedoch bemerkenswert, dass im Kindesalter das Krankheitsbild des Delirium tremens auch in Folge eines einmaligen schweren Alkoholexcesses auftritt, nicht nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus.[6])

---

[1]) Vergl. Moebius, Münch. med. Wchschr. 1892, Nr. 51, S. 926. Thore, Ann. méd. psych. 1865. Russel, Med. Times and Gaz. 1869 Wollenberg in Nothnagels Spez. Path. u. Therap., Bd. 12, T. 2, Abt. 3, Wien 1899, S. 21 ff. Der Fall Ferbers, (Arch. d. Heilk., Bd. 10, S. 259) dürfte nicht hierher gehören.

[2]) Vergl. z. B. Schoenthal, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 23, S. 799. Fall 1: Gay, Brain 1890, Bd. 12, S. 151 (ob der ausführlich mitgeteilte Fall Gays hierher gehört, ist sehr zweifelhaft).

[3]) Vergl. z. B. Henoch, Länger anhaltende Psychose im Anschluss an Uraemie bei einem Kinde. Berl. Kl. Wchschr. 1888, S. 241. Vergl. auch die auf den Vortrag folgende Diskussion und die Notiz von Eisenschitz, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 29, S. 100. Siehe ferner Gerlach, Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 48, S. 586.

[4]) Cohn, Delirium tremens bei einem 5jährigen Knaben. Berl. Kl. Wchschr. 1888, Nr. 52, S. 1042. Rose, Deutsche Chirurgie. Lief. 7, S. 38. Kassowitz, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 54, S. 512. Madden, Brit. Med. Journ. 1884, 23. Aug. Lyons Fälle (Prog. méd. 1888, S. 248) gehören bereits der Pubertät an.

[5]) Im Kindesalter sind Metallintoxikationen sehr selten. Auch scheinen Kinder fast widerstandsfähiger gegen manche Metallvergiftungen zu sein als Erwachsene. Vergl. J. Brown, Unsuspected lead poisoning in children. Brit. Med. Journ. 25. 1. 1890.

[6]) Öfter kommt es allerdings nur zu Coma (d. h. Bewusstlosigkeit) mit oder ohne Konvulsionen. Vergl. Hohl, Journ. f. Kinderkrankh., Bd. 4, S. 452: Stadler, Caspers Vierteljahrsschr. 1846, Nr. 28; Uhde, Deutsche Klinik 1854, S. 424; Hönnerkopff, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1856, S. 146; Gregor, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 52, S. 120.

4. Trauma.[1]). Gerade im Kindesalter lässt sich allerdings oft schwer unterscheiden, ob die Kommotion (d. h. die Hirnerschütterung) oder der psychische Shock die Hauptrolle gespielt hat.

Vielleicht gehört auch der Fall Doernbergers hierher (Münch. Med. Wchschr. 1891, Nr. 27, S. 470): es handelte sich um ein 2jähriges Kind, welches in einem Wagen, dessen Pferde durchgingen, stark hin- und hergeworfen wurde; der weitere Verlauf wurde dadurch kompliziert, dass das Kind Morphium erhielt und dadurch dem Morphinismus verfiel.

5. Erschöpfung,[2]) z. B. in Folge ungenügender Ernährung (namentlich bei gleichzeitigem starken Längenwachstum), mangelhaften Schlafes, schwerer körperlicher Arbeit, starker Blutverluste u. s. f. Geistige Anstrengung scheint von geringerer Bedeutung.[3])

Erbliche Belastung findet sich bei fast $^2/_3$ aller Fälle, jedenfalls häufiger als bei derselben Psychose in erwachsenem Alter.

Bei sehr schwerer Belastung kann schliesslich eine akute halluzinatorische Paranoia auch ohne jede Gelegenheitsveranlassung auftreten.

Hierher gehört z. B. der 14jährige Patient Schoenthals,[4]) dessen Vater Trinker, dessen Grossvater väterlicherseits geisteskrank und dessen Mutter nervös war.

Symptomatologie. In den typischen Fällen beherrschen Halluzinationen[5]) und Illusionen das Krankheitsbild. Gesichtstäuschungen sind häufiger als Gehörstäuschungen. Auch Gefühls-, Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind nicht selten. Das Kind sieht Funken und Flammen, schwarze Männer, weisse Gestalten, Menschen- und Tierköpfe. Ratten und Mäuse springen umher. Die Decken stinken, es riecht nach Kot oder Verbranntem, Würmer und Fliegen kriechen auf Augen und Händen herum. Mitunter glaubt das Kind zu fliegen oder weggetragen zu werden (Vestibularhalluzinationen). Die Angehörigen erscheinen in Teufel verwandelt, alle

[1]) Hahn, Versammlung ostdeutscher Irrenärzte, 2. III. 1881 (ein 10jähriger Knabe empfing einen Stockschlag auf den Kopf und machte danach eine 2 Monate dauernde halluzinatorische Psychose durch).

[2]) Vergl. z. B. Burkhardt, Bericht über Préfargier für 1883, Fall 2.

[3]) Vergl. z. B. einen Fall Hasses, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 37, S. 540.

[4]) Arch. f Psychiatrie, Bd. 23, S. 805. Auch Fall 2 und 3 von Wells (Journ. of nerv. and ment. disease 1891) gehören wohl hierher.

[5]) Vergl. hierzu namentlich F. Bouchut, Des hallucinations chez les enfants, Thèse de Paris 1886.

Speisen haben einen bitteren Beigeschmack. Drohende und lockende Stimmen (z. B. des Geisterkönigs in einem Falle Schoenthals) reden auf das Kind ein: sein Vater soll umgebracht werden, Hals und Beine werden abgeschnitten, es wird wilden Tieren vorgeworfen. Der Lehrer „hat das Kind elektrisch gemacht," überall wird es gebissen und gekratzt. Wie schon aus diesen Beispielen hervorgeht, herrscht im ganzen ein beängstigender Inhalt vor.

Teils in Abhängigkeit von solchen Sinnestäuschungen, also sekundär, teils aber auch primär, also unabhängig von Sinnestäuschungen treten zahlreiche Wahnvorstellungen, grösstenteils verfolgenden Inhalts auf. Gendarmen wollen das Kind holen, im Essen ist Gift, die abschilfernden Epidermisschuppen (nach einer Infektionskrankheit) sind Läuse,[1]) hinter den Wänden lauern Tiere, Teufel u. dergl. m. Oft lässt sich gar nicht sicher feststellen, ob im Einzelfall eine Illusion oder eine Halluzination oder eine wahnhafte Ausdeutung einer normalen Empfindung vorliegt.

Der Ablauf der Ideenassoziation wird durch diese massenhaften Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen stets wesentlich gestört. Es kommt zu sog. sekundärer Inkohärenz oder Verwirrtheit. Das Kind kann bis zu vollkommener Ratlosigkeit unorientiert sein. Es weiss nicht mehr, wo es ist, erkennt seine Umgebung nicht mehr, verwechselt Jahreszahl, Tageszeit u. s. f. Seine Antworten entsprechen oft dem Sinn der Frage nicht. Ganz heterogene Vorstellungen werden an einander gereiht.

Ausser diesen sekundären Assoziationsstörungen kommen oft auch primäre vor. So beobachtet man zuweilen auch eine ausgesprochene, von den Sinnestäuschungen nachweislich unabhängige Verlangsamung der Ideenassoziation (Denkhemmung): man spricht dann auch von einer stuporösen Varietät der akuten halluzinatorischen Paranoia. In anderen Fällen findet man umgekehrt eine ausgeprägte Beschleunigung der Ideenassoziation (Ideenflucht), welche sich ebenfalls bei sorgfältiger klinischer Beobachtung als primär, d. h. als unabhängig von den Sinnestäuschungen erweist; diese Varietät kann als „ideenflüchtige" bezeichnet werden. Endlich springt in einer dritten Gruppe von Fällen die Inkohärenz oder Dissoziation besonders in die Augen und dominiert im Krankheitsbild so sehr, dass sie unmöglich einfach sekundär

[1]) Beobachtung von Zit, Zentraiztg. f. Kinderheilk. 1879.

durch die Sinnestäuschungen bedingt sein kann. Dies ist die inkohärente oder dissoziative Varietät. Die hierher gehörigen Fälle sind es gewesen, die man vorzugsweise als Amentia bezeichnet hat.

Die Affektstörungen sind grösstenteils sekundär, d. h. vom Inhalt der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen abhängig. Da dieser Inhalt vorwiegend beängstigend ist, so herrschen im Allgemeinen gerade bei der akuten halluzinatorischen Paranoia des Kindesalters Angstaffekte vor. Fast stets treten jedoch interkurrent auch positive Affekte wie Heiterkeit und Exaltation auf, und zwar durchweg entsprechend einem Wechsel des Inhalts der Sinnestäuschungen und Wahnideen. Insbesondere bei der ideenflüchtigen Varietät gewinnen solche positive Affektschwankungen oft sogar die Überhand. Ungemein häufig sind endlich Zornaffekte als Reaktionen auf die wahnhaften Verfolgungen.

Das Handeln und das äussere Gebahren des Kindes gestaltet sich begreiflicher Weise gleichfalls entsprechend dem Inhalt der Sinnestäuschungen und der Wahnvorstellungen sehr verschieden. Im Allgemeinen kann man zwei Hauptrichtungen der motorischen Reaktion unterscheiden, je nachdem die motorische Hemmung oder die Agitation überwiegt. Die erste Form kann man als die **stuporöse,**[1]) die zweite als die **agitierte** bezeichnen.

Bei der stuporösen Varietät liegt das Kind regungslos im Bett oder steht wie angewurzelt auf einer Stelle. Selten sind die Glieder schlaff, meist sind sie stark gespannt (sog. katatonische Stellungen). Zuweilen beschränkt sich die Spannung auf die Kiefermuskeln oder den Schliessmuskel des Auges oder die Nackenmuskeln (meist sog. Emprosthotonus, d. h. der Kopf ist durch die Kontraktion bestimmter Halsmuskeln stark nach vorn gezogen, so dass er stunden- und selbst tagelang in Schwebehaltung bleibt, ohne das Kissen zu berühren). Kot und Urin lassen solche Kinder oft unter sich. Auch Nahrungsverweigerung ist in diesen Fällen besonders häufig. Auf Anruf erfolgt in der Regel keinerlei Reaktion oder höchstens ein leichtes Blinzeln. Passive Bewegungen stossen meist auf starken Widerstand. In anderen Fällen findet man echte oder scheinbare Flexibilitas cerea, d. h. die Glieder des Kindes geben jeder passiven Bewegung nach und bleiben in der Haltung, welche man ihnen gibt, viele Minuten lang. Bei der

[1]) Diese Bezeichnung, die uns oben bereits begegnete, ist dadurch gerechtfertigt, dass stets auch Denkhemmung vorliegt.

echten Flexibilitas cerea folgen die Glieder rein passiv der Bewegung, welche der Arzt ihnen gibt, bei der scheinbaren innerviert das Kind auf Grund bewusster Motive im Sinne der passiven Bewegung mit. Oft lässt sich übrigens zwischen diesen beiden Formen der Flexibilitas cerea garnicht scharf unterscheiden. Auch die Reaktion auf Schmerzreize, z. B. Nadelstiche, ist zuweilen stark herabgesetzt. Die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, welche dieser stuporösen Form zu Grunde liegen, sind grösstenteils ängstlichen Inhalts, seltener handelt es sich um monotone faszinierende Visionen.

Bei der agitierten Varietät ist das äussere Krankheitsbild gerade entgegengesetzt. Eine hochgradige motorische Unruhe herrscht vor. Gellendes Schreien, lautes Weinen, Lachen, Grimassieren, Beten, Deklamieren, Predigen und Schimpfen lösen sich ab. Bald verkriecht sich das Kind ängstlich, bald drängt es unaufhörlich fort oder vergreift sich unter Drohworten an seiner Umgebung. Auch Selbstmordversuche kommen zuweilen vor. In den schwersten Fällen kommt es zu ausgeprägter Tobsucht mit planlosem Zerstören, Kotschmieren u. s. w. Der Inhalt der Sinnestäuschungen ist in diesen agitierten Fällen in der Regel ein sehr wechselnder.

Nicht selten lösen sich übrigens im Verlauf der Psychose stuporöse und agitierte Zustände ab. Sehr oft herrscht im Beginn Agitation und später Stupor vor (fälschlich sogenannter postmanischer Stupor).

Die körperlichen Symptome sind, wofern Komplikationen (Chorea etc.) fehlen, äusserst geringfügig. Die Sensibilität verhält sich sehr verschieden. Bald ist die Empfindlichkeit für Stiche und selbst Berührungen gesteigert, bald besteht fast absolute Schmerzunempfindlichkeit (Analgesie; s. o). Nicht selten finden sich sogenannte Druckpunkte, d. h. bestimmte Punkte sind auf Druck besonders empfindlich (Iliacalpunkt, Mammalpunkt, Dornfortsätze der Wirbel u. s. f.). Dies kommt auch in solchen Fällen vor, in welchen eine Komplikation mit Hysterie oder Neurasthenie ausgeschlossen ist. Der Schlaf ist fast stets sehr mangelhaft, die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt. Nur in den schwersten Fällen, in welchen die Inkohärenz und die Agitation überhand nimmt, treten Temperatursteigerungen bis 39° und darüber ein. Dies schwere Krankheitsbild, welches uns auch als gelegentliches Endbild der Manie begegnet ist, wird auch als Delirium acutum be-

zeichnet. In sehr vielen Fällen führt es durch Erschöpfung oder durch hinzutretende Komplikationen zum Tode (siehe unten unter Verlauf).

Verlauf und Ausgänge. Für den Verlauf ist das akute Einsetzen charakteristisch. In der Regel ist schon wenige Tage nach dem Auftreten der ersten Sinnestäuschungen die Krankheitshöhe erreicht. Man hat geradezu von einem „lawinenartigen Anschwellen" der Halluzinationen gesprochen. Zuweilen geht jedoch dem Auftreten der ersten Sinnestäuschung ein mehrwöchiges Prodromalstadium voraus, in welchem die Kinder schon durch eine gesteigerte Reizbarkeit, Weinerlichkeit oder Ängstlichkeit auffallen. Der Verlauf des halluzinatorischen Hauptstadiums selbst erstreckt sich in der Regel über mehrere Wochen oder mehrere Monate, selten über ein Jahr. Fälle, die in wenigen Tagen ablaufen, kommen fast ausschliesslich auf Grund einer schweren Alkoholintoxikation vor und werden als Delirium tremens (siehe oben) bezeichnet. Ab und zu ist der Verlauf remittierend, meist bleibt das Krankheitsbild wochenlang etwa auf gleicher Höhe. Auf den Wechsel stuporöser und agitierter Phasen wurde oben bereits aufmerksam gemacht.

In fast zwei Drittel aller Fälle tritt — zweckmässige Behandlung vorausgesetzt — Heilung ein. Meist erfolgt die Klärung nicht plötzlich, sondern zieht sich einige Tage oder Wochen hin. Selbst nach dem Schwinden aller Sinnestäuschungen können einzelne Wahnvorstellungen noch längere Zeit haften (sogenannte residuäre Wahnvorstellungen). Auch in diesen Fällen werden nach meiner Erfahrung die Wahnvorstellungen schliesslich doch noch korrigiert. Beachtenswert ist, dass die akute halluzinatorische Paranoia zuweilen doppelschlägig verläuft, d. h. nach einer kurzen Pause, z. B. von 1—4 Wochen beginnt ein zweiter Krankheitsanfall,[1]) und dann erst tritt eventuell die definitive Heilung ein.

Die nicht in Heilung übergehenden Fälle zeigen folgende Ausgänge:

a. in chronische halluzinatorische Paranoia,
b. in sekundäre Demenz,
c. Tod durch Erschöpfung oder Komplikation.

Der Ausgang in chronische halluzinatorische Paranoia gibt sich dadurch kund, dass die Sinnestäuschungen erst nach langem

[1]) Hierher gehört z. B. der sehr interessante Fall v. Pfungens, Jahrb. f. Psychiatrie, 1884, Bd 5, S. 55 (13jähriger Knabe).

Bestehen sehr langsam abnehmen und nicht völlig verschwinden. Die von den Sinnestäuschungen abhängigen Wahnideen bleiben bestehen und werden systematisiert. Häufiger kommt es gerade im Kindesalter zu einem sekundären Defekt. Die Halluzinationen nehmen ab, aber das Kind vermag den gestörten Zusammenhang seines Vorstellens nicht mehr herzustellen. Es bleibt dauernd in einem Zustand der Verwirrtheit (sekundäre Demenz mit Verwirrtheit). Gedächtnis und Urteilskraft zeigen eine deutliche Herabsetzung. Zu dauernden Wahnvorstellungen, geschweige denn zu Wahnsystemen kommt es in diesen Fällen nicht. Eine scharfe Grenze lässt sich übrigens zwischen dem Ausgang in chronische halluzinatorische Paranoia und sekundäre Demenz nicht ziehen, beide sind durch zahlreiche Zwischenstufen verbunden. Auch zwischen der sekundären Demenz und der Heilung finden sich Übergänge, welche man als Heilung mit Defekt bezeichnet; in diesen Fällen verschwinden die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vollständig, Gedächtnis und Urteilskraft zeigen keine gröbere Schädigung, und doch finden Eltern und Lehrer, dass das Kind seit dem „Überstehen" der Geistesstörung intellektuell und namentlich ethisch[1]) etwas tiefer gesunken ist. Auch eine gesteigerte affektive Erregbarkeit und eine Neigung zu heftigen Affektschwankungen haftet den geheilten Kindern oft noch lange und zuweilen dauernd an. Dass gerade im Kindesalter Heilungen mit Defekt sehr häufig sind, hat bereits Griesinger[2]) gelehrt.

Der tödliche Ausgang ist namentlich in denjenigen Fällen zu fürchten, in welchen die Kinder durch eine vorausgegangene Infektionskrankheit (Typhus etc.) bereits geschwächt sind oder durch eine gleichzeitig bestehende Komplikation (Chorea) erschöpft werden.

Diagnose. Ein Übersehen dieser Geistesstörung dürfte kaum jemals vorkommen, da die Sinnestäuschungen auch vom Laien stets sofort als krankhaft erkannt werden.

Verwechslungen mit anderen Psychosen sind nur bei sorgfältiger Untersuchung zu vermeiden. In Betracht kommen vor allem:

1. Die Manie. Man muss behufs Stellung der Diagnose beachten, dass bei der Manie die pathologische Heiterkeit das

[1]) Man kann in solchen Fällen von einem Defekt auf dem Gebiete der Gefühlsbetonungen sprechen.

[2]) Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl. 1861, S. 148.

Krankheitsbild beherrscht und Sinnestäuschungen, wenn überhaupt, erst im Verlauf der Psychose hinzutreten, während bei der akuten halluzinatorischen Paranoia die Sinnestäuschungen das Krankheitsbild beherrschen und gerade schon in den ersten Krankheitstagen massenhaft auftreten. Auch der Wechsel der Affekte bei der akuten halluzinatorischen Paranoia gegenüber der einheitlichen positiven Affektrichtung der Manie ermöglicht in der Regel eine sichere Unterscheidung. Nur die ideenflüchtige Varietät der akuten halluzinatorischen Paranoia und die halluzinatorische Varietät der Manie lassen sich mitunter schwer unterscheiden. Tatsächlich kommen zwischen diesen beiden Formen auch ganz fliessende Übergänge vor.

2. Die Melancholie. Diese Differentialdiagnose ist bereits besprochen worden.

3. Die chronische halluzinatorische Paranoia. Hier ist nur die erste Entwicklung der Krankheit entscheidend. Bei der chronischen halluzinatorischen Paranoia stellen sich die Sinnestäuschungen ganz allmählich im Laufe von Wochen oder Monaten ein, während sie bei der akuten halluzinatorischen Paranoia in raschem Anstieg innerhalb weniger Tage, höchstens einer Woche in grosser Zahl hervortreten. Daher sind auch die affektiven und motorischen Reaktionen bei der akuten Form in der Regel viel stürmischer. Rein äusserlich markiert sich dieser Unterschied in der Krankheitsentwicklung schon darin, dass die Angehörigen bei der akuten Form meist bis auf einige Tage genau den Krankheitsbeginn datieren können, während bei der chronischen Form die ersten Anfänge der Krankheit sich ganz unbestimmt in die normale Vergangenheit verlieren und zeitlich nur sehr unsicher fixiert werden können. Man muss nur beachten, dass erstens die akute Form, wie oben geschildert wurde, bei ausbleibender Heilung in die chronische Form übergehen kann und dass zweitens auch hier Übergangsformen, sog. subakute Fälle vorkommen.

4. Die paranoische Form der Dementia hebephrenica (Dementia paranoides). Entscheidend ist für diese Differentialdiagnose, dass bei der Dementia hebephrenica ein durch Apathie gekennzeichnetes Vorstadium den Sinnestäuschungen und Wahnbildungen vorausgeht und dass von Anfang an ein charakteristischer Intelligenzdefekt nachzuweisen ist.[1]) Stereotype Bewegungen kommen,

[1]) Näheres über diese Differentialdiagnose siehe Ziehen, Psychiatr. en Neurol. Bladen 1902, Nr. 1.

bedingt durch monotone Halluzinationen, auch bei der akuten halluzinatorischen Paranoia vor.

5. Die epileptischen, hysterischen u. a. Dämmerzustände. Diese Differentialdiagnose wird erst bei Besprechung der Dämmerzustände erledigt werden können. Schon hier sei jedoch hervorgehoben, dass in jedem Fall von Geistesstörung im Kindesalter durch sorgfältige Nachfrage festgestellt werden muss, ob hysterische oder epileptische Krampfanfälle u. s. w. vorausgegangen sind. Die meisten akuten Geistesstörungen, welche auf dem Boden der Hysterie und Epilepsie beobachtet werden, sind den Dämmerzuständen zuzurechnen, relativ selten beobachtet man auf diesem Boden eine echte akute halluzinatorische Paranoia. Doch ist zu beachten, dass vereinzelte Krampfanfälle, welche symptomatisch ganz den epileptischen gleichen, im Verlauf einer akuten halluzinatorischen Paranoia des Kindesalters auftreten können, ohne dass eine Epilepsie vorausgegangen ist oder später sich entwickelt.[1])

6. Die Begleitdelirien. Siehe diese.

Therapie. Nur wenn die häuslichen Verhältnisse ausserordentlich günstig sind, d. h. wenn geeignete, abgetrennte Räumlichkeiten vorhanden sind, ein psychiatrisch erfahrener Arzt die Behandlung leitet und eine geschulte Pflegerin zur Verfügung steht, kann ein Versuch mit häuslicher Behandlung gemacht werden. In den meisten Fällen empfiehlt sich die möglichst umgehende Überführung in eine psychiatrische Klinik oder Irrenheilanstalt.

Die Behandlung daselbst hat namentlich folgende Massregeln zu umfassen:

1. Überwachung wegen Selbstmordgefahr (z. T. auch wegen Gemeingefährlichkeit),

2. völlige Bettruhe,

3. bei Erregung prolongierte Bäder oder hydropathische Einpackungen,

4. Überernährung (ohne Alkohol!)

5. von Medikamenten leisten im Kindesalter kleine Dosen Natrium bromatum oder Chloralamid am meisten. Auch Dormiol hat sich mir neuerdings in einzelnen Fällen gut bewährt. Als Schlafmittel kann auch Trional verwendet werden.

---

[1]) Vergl. die analogen Bemerkungen S. 27.

c. Chronische Paranoia.

Krankheitsbegriff. Die chronische Paranoia ist eine Geistesstörung, welche durch die chronische Entwicklung von Wahnideen mit oder ohne Sinnestäuschungen ausgezeichnet ist. Je nachdem Sinnestäuschungen vorhanden sind oder nicht, unterscheidet man eine Paranoia chronica hallucinatoria und eine Paranoia chronica simplex.

Literatur. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, S. 199 ff.

Manheimer,[1]) Les troubles mentaux de l'enfance, S. 94 (nur eine kurze Bemerkung).

Häufigkeit und Ätiologie. Die chronische halluzinatorische Paranoia ist im Kindesalter eine seltene Psychose, noch seltener ist die chronische einfache, d. h. nicht-halluzinatorische Paranoia.

Erbliche Belastung findet sich in ca. 90% aller Fälle, sehr häufig ist die Belastung sehr schwer (beispielsweise konvergent, d. h. väterlicherseits und mütterlicherseits nachweisbar). In einigen Fällen lagen chronische Alkoholexesse vor. Eine unzweckmässige Erziehung kann zur Entwicklung der Krankheit beitragen, wenigstens hört man in der Anamnese nicht selten, dass das kranke Kind stets verzogen wurde, sich nach Belieben absondern und grübeln durfte. Auch unzweckmässige, phantastische Lektüre spielt zuweilen die Rolle eines auxiliären Faktors.

Symptomatologie. Die Halluzinationen und Illusionen gleichen inhaltlich ganz denjenigen der akuten Form, nur herrschen — wie übrigens auch bei dem Erwachsenen — bei der chronischen Form die Gehörstäuschungen vor. Nicht selten sind auch „physikalische" Halluzinationen: das Kind fühlt magnetische und galvanische Ströme u. dergl. m. Die sinnliche Lebhaftigkeit der Halluzinationen ist meistens geringer als bei der akuten Form.

Die Wahnvorstellungen tragen grösstenteils den Charakter der Verfolgung. Namentlich ist Vergiftungswahn sehr häufig. Etwas seltener sind Grössenvorstellungen.[2]) Meistens beziehen

[1]) Manheimer rechnet mit vielen französischen Autoren sowohl die akuten wie die chronischen Paranoiaformen zu den „Délires des dégénérés". Diese Auffassung ist in dieser Allgemeinheit gegenüber den klinischen Tatsachen weder für die chronische noch gar für die akute Form der halluzinatorischen Paranoia haltbar.

[2]) Vergl. z. B. Legrain, Du délire chez les dégénérés, Paris 1886, S. 177. Wofern es sich hier nicht um retrospektive Deutungen handelt, würden die ersten Grössenideen in diesem Falle bis auf das 11. Lebensjahr zurückgehen.

sich diese auf die Abkunft des Kindes. So behauptet das Kind, seine Eltern seien nur „Pflegeeltern“ in Wirklichkeit stamme es aus einer fürstlichen Familie, es sei in der Wiege entführt, verwechselt worden u. s. f. In der Regel treten übrigens gerade diese eigenartigen Grössenvorstellungen in der Kindheit nur in Andeutungen auf und gelangen erst in oder nach der Pubertät zu völliger Entwicklung. Man hat diese Fälle auch als originäre Paranoia[1]) bezeichnet, weil es sich durchweg um schwer belastete Individuen handelt, deren Entwicklung von der Geburt an („ab origine“) pathologisch ist, insofern sie das Bild der später zu beschreibenden „erblich - degenerativen psychopathischen Konstitution“ zeigt.

Die einzelnen Wahnvorstellungen werden bei der nichthalluzinatorischen Form fast stets zu einem logisch zusammenhängenden System verknüpft, doch liegt der Ausbau dieses Systems meist jenseits der Kindheit. Wenn erwachsene Paranoiker behaupten, schon in der Kindheit alle ihre jetzigen Wahnvorstellungen in ihrem systematischen Zusammenhang gehabt zu haben, so handelt es sich dabei meist um nachträgliche retrospektive Umdeutungen und Zurückverlegungen, zuweilen auch sog. Erinnerungstäuschungen. Bei den halluzinatorischen Formen kommt es viel seltener zu einer Systematisierung der Wahnvorstellungen. Offenbar hängt dies damit zusammen, dass der Inhalt der Sinnestäuschungen oft hin und her schwankt und deshalb die zur Systembildung unerlässliche Fixierung der Wahnideen erschwert wird.

Die Affektreaktion auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist viel geringer als bei der akuten Form. Die allmähliche Entwicklung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen erlaubt eine gewisse Angewöhnung. Heftige akute Affektsteigerungen können daher vollständig fehlen. In der Regel treten sie nur bei akuten Exacerbationen auf, d. h. wenn gelegentlich die Sinnestäuschungen längere oder kürzere Zeit sehr überhand nehmen (siehe auch unten unter Verlauf). Um so nachhaltiger sind die affektiven Veränderungen im Seelenleben des Kindes. Es zieht sich von seinen Spielgefährten zurück. Die anfängliche Reizbarkeit und Weinerlichkeit macht mehr und mehr einem tiefen Misstrauen Platz, welches sich in der Regel sehr bald auch gegen die eigenen Angehörigen kehrt. Wofern auch Grössen-

[1]) Die erste Beschreibung gab Sander in seiner Abhandlung „Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit.“ Arch. f. Psychiatrie, Bd 1, S. 387.

ideen hinzutreten, kommt auf affektiven Gebiete ein krankhafter Eigendünkel und Stolz hinzu.

Die Handlungen verhalten sich ähnlich wie die Affektreaktionen. Die langsame Entwicklung der Halluzinationen und Wahnideen gestattet den Kindern — im Gegensatz zur akuten Form — oft sehr lange sich äusserlich zu beherrschen. Ich kenne Kinder, die ihre Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen viele Monate lang vollständig dissimulierten, d. h. verheimlichten. Erst später geht mit dem Anwachsen der Sinnestäuschungen und Wahnideen die Selbstbeherrschung verloren, es kommt dann zuweilen zu schweren Zornesausbrüchen gegen die Umgebung. Insbesondere treten solche auch in den oben erwähnten akuten Exacerbationen auf. Auch Selbstmordversuche kommen vor; das Kind will sich durch den Tod den ewigen Verfolgungen entziehen. Ab und zu wird Nahrungsverweigerung beobachtet, meist bedingt durch Vergiftungsvorstellungen. Seltener laufen die Kinder, um den Stimmen zu entgehen, einfach von Hause fort.

Der körperliche Befund ist, abgesehen von sogenannten Degenerationszeichen, durchweg negativ. Nur in denjenigen Fällen, welche sich auf dem Boden der kindlichen Hysterie entwickeln, findet man die körperlichen Symptome dieser Neurose.

Verlauf und Ausgänge. Die allmähliche Entwicklung der Krankheit wurde bereits genugsam betont. Auch wurde schon erwähnt, dass ausnahmsweise die chronische halluzinatorische Form sich aus der akuten entwickeln kann. Der weitere Verlauf ist ausgesprochen progressiv. Heilungen kommen niemals vor. Remissionen sind selten. Die einfache, d. h. nicht-halluzinatorische Form endet in der Regel mit einem Wahnsystem ohne Intelligenzdefekt. Die halluzinatorische Form führt in der Regel schon nach wenigen Jahren zu einem deutlichen Defekt, der im Lauf der Jahre noch zuzunehmen pflegt. Totale Verblödung ist selten.

Bemerkenswert ist noch das Auftreten akuter Exacerbationen. Bald treten diese ohne Veranlassung, bald in Folge einer unzweckmässigen Behandlung auf. In diesen akuten Exacerbationen, die sich zuweilen über Monate hinziehen können, gleicht das Krankheitsbild ganz demjenigen der akuten halluzinatorischen Paranoia. Wie dort findet man bald Agitationszustände bald Stuporzustände, oft wechseln auch diese und jene unregelmässig ab.

Tödlicher Ausgang scheint im Kindesalter noch nicht beobachtet zu sein.

Diagnose. Die Unterscheidung von der akuten Form ist oben bereits besprochen worden. Ausserdem kommt noch die Unterscheidung von der Hebephrenie und zwar der paranoiden Form in Betracht. Diese kann grosse Schwierigkeiten darbieten. Es lässt sich eben oft schwer feststellen, ob von Anfang an ein Intelligenzdefekt — im Sinne der Hebephrenie — bestanden hat oder ob — im Sinne der chronischen Paranoia — erst späterhin ein sekundärer Intelligenzdefekt sich entwickelt hat. Auch das verschlossene Brüten des jugendlichen Paranoikers kann leicht mit der Apathie des Hebephrenikers verwechselt werden; jener hat das Interesse am Spiel, am Lernen, an seiner Umgebung über seinen Wahnideen und Sinnestäuschungen verloren, bei diesem ist die Apathie primär. Stereotypien weisen im Allgemeinen auf Hebephrenie hin, doch kommen stereotype Haltungen und Bewegungen (sog. katatonische Haltungen und Bewegungen) auch bei dem chronischen Paranoiker auf Grund monotoner Halluzinationen (z. B. des Muskelgefühls) vor. Die Diagnose ist daher oft nur nach längerer Beobachtung und nur mit Hülfe einer sehr sorgfältigen Anamnese zu stellen. So wird es auch begreiflich, dass einzelne Psychiater das Gebiet der Hebephrenie gerade auf Kosten der chronischen halluzinatorischen Paranoia übermässig ausgedehnt haben.

Behandlung. Die Behandlung ist aussichtslos. Stets ist die Aufnahme in eine Anstalt angezeigt. In dieser ist das Hauptgewicht auf Überwachung und angemessene Beschäftigung (Garten- und Feldarbeiten, Übersetzen, Excerpieren etc.) zu legen.

Um von der Mannigfaltigkeit der Hallucinationen ein Bild zu geben, füge ich noch einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte eines von mir beobachteten Falles bei. Es handelt sich um einen 13jährigen, belasteten, ausserdem an spinaler Kinderlähmung leidenden Knaben. Als ich ihn sah, war er bereits ½ Jahr krank. In dieser Zeit und auch weiterhin während meiner Beobachtung traten mehr und mehr Hallucinationen und Illusionen auf. Er hört „ein Schlagen wie auf einen leeren Topf." An der Wand sieht er einen Sarg und ein Gespensterauge. Beides hat er mir selbst aufgezeichnet. Das Gespensterauge war nur ein dunkler Fleck. Im Essen sah er Schnecken. Seine Schuhe sahen aus wie Pferdeköpfe. Nachts sieht er „feurige Flammen" und

versteckt sich unter der Bettdecke. Die Figuren des an der Wand hängenden wirklichen Bildes bewegen sich vor seinen Augen (sog. kinästhetische Illusionen) u. a. m. Der Irrealität seiner Halluzinationen war er sich nicht bewusst. Nur ab und zu schien er ein leichtes Krankheitsbewusstsein zu haben. So sagte er mir einmal selbst: „ich bin manchmal so komisch." Wahnvorstellungen waren damals nur in Rudimenten nachzuweisen. Er hielt sich selbst für sehr befähigt, schrieb z. B. „politische Aufsätze", zog sich von den anderen Kindern ganz zurück; zu seiner Mutter sagte er einmal: „ich verbitte mir die Belehrung, du bist nicht von unserm Stamm" u. dergl. m. Wiederholt kam Einnässen vor. Ein Intelligenzdefekt bestand damals nicht. Interessant waren tic-artige Zuckungen (z. B. im linken Platysma). Auch bestand ein lebhaftes Zittern der Hände bei allen willkürlichen Bewegungen und beim Fingerspreizen. Ich habe ihn später aus den Augen verloren und jetzt erst nach 7 Jahren wieder von ihm gehört. Die damalige Diagnose fand sich bestätigt: der Knabe ist nicht genesen; die chronische halluzinatorische Paranoia hat ihren unaufhaltsamen Verlauf genommen.

Ganz anhangsweise sei noch zweier seltener Formen psychischer Erkrankung gedacht, welche im äusseren Krankheitsbild der Paranoia sehr gleichen, jedoch von der letzteren getrennt werden müssen. Es sind dies die eknoischen Zustände und das sog. induzierte Irresein.

Als **eknoische Zustände** habe ich Krankheitsbilder beschrieben, welche auf dem Boden einer pathologischen Affekterregbarkeit (Ergriffenheit, Ekstase) sich entwickeln und zu mannigfachen Wahnvorstellungen und zuweilen auch zu sekundären Sinnestäuschungen führen. Auch im Kindesalter treten solche Zustände auf. Von älteren Mitteilungen gehört wahrscheinlich die Abhandlung Caspers[1]) hierher: „Ansteckender Wahnsinn durch Beschäftigung mit dem Psychographen veranlasst", in welcher u. a. der Fall eines 16½jährigen Malerlehrlings mitgeteilt wird. In diesen und ähnlichen Fällen spielt die pathologische Ekstase

[1]) Viertelj.schr. f. gerichtl. Med. Bd. 11, 1857, S. 1. Die accès de phénomènes extatiques von Delasiauve (Ann. méd. psych. 1855, S. 527) dürften nur zum geringsten Teil hierher gehören. Delasiauve selbst sieht sie als eine „forme de manie spéciale" an.

die Hauptrolle, die „Ansteckung" ist — im Gegensatz zu den alsbald zu beschreibenden Fällen des induzierten Irreseins — ein nebensächliches Moment.

Als **induziertes Irresein** bezeichnet man Fälle, in welchen ein geistesgesundes Individuum Wahnvorstellungen eines geisteskranken Individuums in sein normales Denken als integrierenden Bestandteil aufnimmt. Oft handelt es sich um Geschwister. Das ersterkrankte Individuum A ist meist das willensstärkere. B verhält sich bald ganz passiv, bald passt es die Wahnvorstellungen seiner Individualität an oder gestaltet sie weiter aus. Bei der Neigung des Kindes zur Imitation und seiner Zugänglichkeit für Wachsuggestion ist es begreiflich, dass nicht wenige der in der Litteratur bekannten Fälle gerade in das Kindesalter hineingehören. Die meisten dieser induzierten Psychosen gehören, soweit A in Betracht kommt, der chronischen Paranoia an. Bei B handelt es sich zuweilen garnicht um eine ausgesprochene Psychose, sondern um eine sehr gesteigerte Leichtgläubigkeit (Folie imposée). Sehr wichtig ist es, dass eine solche Folie imposée zuweilen auch zu egoistischen Zwecken von einem geistesgesunden Individuum A durch Erzählung simulierter Wahnvorstellungen hervorgerufen werden kann. Da die Literatur an solchen Fällen äusserst arm ist, teile ich den folgenden aus meiner eigenen Erfahrung mit.

Die 15jährige, belastete, seit 1 Jahr menstruierte, geistig gut veranlagte (!) Schülerin Y lernte den 20jährigen Schüler X im November 1902 auf dem Eis kennen. Schon bei dem zweiten Male erzählte er ihr von spiritistischen Seancen und später auch von einem Schutzgeist Juno, welcher ihm mit Bleistift geschriebene Briefe schreibe. Bald brachte er ihr auch solche Briefe mit. Sie wunderte sich selbst über einzelne orthographische Fehler in dem Brief, glaubte aber in ihrer Zuneigung dem X schliesslich doch. Dieser redete ihr weiter vor, Juno habe ihm geschrieben, dass er sie (Y) zwischen den Beinen küssen solle. Darauf liess sie sich nicht ein. Darauf erzählte er ihr, Juno habe ihm gesagt, sie wolle mit ihr (Y) sprechen. Er fingierte dann schliesslich, dass Juno in ihn gefahren sei, und führte nach manchem Sträuben als angebliche Juno den Beischlaf mit Y aus unter dem Vorwand, die Geschlechtsöffnungen müssten erweitert werden. Als ich Y sah, war sie von der Existenz der Juno noch völlig überzeugt und entwickelte mir ein halb spiritistisches, halb paranoisches System über diese Juno. Erst als X seinen Schwindel eingestand, wankte ihre Überzeugung.

Als Patientin mir zum letzten Male schrieb, war jedoch noch keine volle Einsicht vorhanden. Hysterie bestand nicht.

d. Dämmerzustände.

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Charakteristisch sind für die Dämmerzustände folgende Eigenschaften:

1. Der perakute Beginn und das perakute Verschwinden.

2. Die relativ kurze Dauer, die sich meist nur nach Minuten, Stunden oder Tagen bemisst.

3. Die schwere Störung des Zusammenhangs der Ideenassoziation; eine Teilerscheinung dieser sog. Dissoziation ist die Unorientiertheit.

4. Die Amnesie nach dem Dämmerzustand: die Kranken wissen sich nach Ablauf des Dämmerzustandes ihrer Erlebnisse während des Dämmerzustandes entweder garnicht mehr oder nur zum Teil zu erinnern (totale Amnesie bezw. summarische Erinnerung).

Sehr häufig treten im Lauf des Dämmerzustands auch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen auf.

Die wichtigsten Dämmerzustände des Kindesalters werden im folgenden einzeln ausführlich besprochen werden.

a. Pavor nocturnus
(Terreurs nocturnes, night terrors).

Als Pavor nocturnus bezeichnet man nächtliche Dämmerzustände im Kindesalter, welche den normalen Schlaf unterbrechen und ausser den konstanten Symptomen der Dämmerzustände schreckhafte Sinnestäuschungen zeigen.

Literatur. C. H. Hesse, Über das nächtliche Aufschrecken der Kinder im Schlaf. Altenburg, 1845.

Wertheimber, Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 23.

Steiner, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 8, S. 153.

Henoch, Berl. klin. Wchschr. 1868, S. 94.

Soltmann in Gerhards Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. V, Abt. 1, S. 325 und Ann. de Méd. et Chir. infant. 1898, 15. Sept.

Silbermann, Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 20, S. 266

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. S. 133.

Huchard, Journ. de méd. 1889.

L. Braun, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 43, S. 407.

Rey, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 45, S. 247 und Rev. mens. des malad. de l'enf. 1901.

Symptomatologie und Verlauf. In den typischen Fällen beobachtet man folgendes: Das Kind schläft in normaler Weise ein. Der Schlaf ist zunächst völlig normal, höchstens gelegentlich etwas unruhig. Nach ca. 2—4stündigem Schlaf, also etwa gegen Mitternacht, fahren die Kinder plötzlich auf. Bald knieen sie im Bett, bald wälzen sie sich umher. Oft strecken sie die Arme flehend oder abwehrend aus. Sie stossen anfangs meist nur unartikulierte Laute aus. Sehr bald aber werden einige abgerissene angstvolle Ausrufe oder Sätze verständlich, z. B. „der Hund da" — „er beisst mich" — „das wilde Tier" — „Gespenster" — „schwarze Männer" — sie haben mich" u. dgl. m. Der Gesichtsausdruck verrät dabei die grösste Angst. Die Augen sind offen. Die Haut ist mit Schweiss bedeckt. Das Gesicht ist bald blass, bald gerötet. Die Umgebung wird oft verkannt. Die Dauer ist sehr kurz. Meist schon nach 2 — 6 - 10 — 20 Minuten beruhigt sich das Kind allmählich, erkennt seine Umgebung, weint und schläft ein. Ausnahmsweise zieht sich der Anfall über $^1/_2$ Stunde hin. Am folgenden Morgen erwacht das Kind in normalem Zustand und erinnert sich der ganzen nächtlichen Szene gar nicht. Es besteht also die für alle Dämmerzustände charakteristische Amnesie.

Relativ oft kommt bei den an Pavor nocturnus leidenden Kindern auch Zähneknirschen und Sprechen im Schlaf (Somniloquie) vor.

In sehr seltenen Fällen hat man auch analoge Anfälle am Tage beobachtet, so namentlich, wenn die Kinder am Tage auf dem Sofa eingeschlafen waren (Henoch).[1]) Man spricht dann von Pavor diurnus.

Vorkommen und Ätiologie. Meist handelt es sich bei dem ersten Anfall um Kinder zwischen 2 und 9 Jahren. Die Anfälle treten zuweilen in monatelangen Zwischenräumen, meist aber alle 8—14 Tage, auf. Ausnahmsweise treten sie fast allnächtlich, sehr selten zweimal in einer Nacht auf. Rey sah in einem Falle sogar mehr als zwei Anfälle in einer Nacht. Je älter die Kinder

[1]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 11. Aufl., Berlin, 1903, S. 227 u. 228; Still, Day-terrors in children, Lancet, 1900.

werden, um so häufiger pflegen zunächst die Anfälle zu werden, vom 7. Jahr ab nehmen sie jedoch schon an Häufigkeit wieder ab und verschwinden in der Regel während und nach der Pubertät ganz.

Unter den Ursachen ist an erster Stelle die erbliche Belastung zu nennen. Ich schätze nach meinen Beobachtungen, dass wenigstens in 30% aller Fälle schwere erbliche Belastung und dementsprechend die sog. erblich-degenerative psychopathische Konstitution vorliegt. In einem Falle Hesse's trat Generationen hindurch (also familial) Pavor nocturnus auf.

Eine zweite Ursache ist in infantilen Hirnkrankheiten gegeben. Auch diese prädisponieren zu Pavor nocturnus. Ich habe daher nicht so gar selten bei Schwachsinnigen (auch etwas älteren) Pavor nocturnus beobachtet.

Mehrfach habe ich auch Pavor nocturnus bei Kindern gesehen, denen schon in früher Jugend regelmässig Alkohol verabreicht wurde. Ferner scheint die Rachitis und die Skrofulose (Drüsentuberkulose) nicht ohne Bedeutung zu sein.[1])

Praktisch sehr wichtig sind ferner die Beziehungen zur Hysterie und namentlich zur Epilepsie. Bei epileptischen und zuweilen auch bei hysterischen Kindern treten neben epileptischen bezw. hysterischen Krampfanfällen auch Anfälle von Pavor nocturnus auf. Diese können in solchen Fällen geradezu als epileptische, bezw. hysterische Dämmerzustände (s. u.) aufgefasst werden. Noch wichtiger ist, dass Pavor nocturnus-Anfälle zuweilen das erste Symptom einer im übrigen noch latenten Epilepsie sind, d. h. man beobachtet bei einem Kind zunächst nur Anfälle von Pavor nocturnus und noch keine Krampfanfälle, und erst einige Monate oder Jahre später treten epileptische Krampfanfälle auf.

Auch Beziehungen zur Neurasthenie kommen gelegentlich vor, wenn auch lange nicht so häufig, wie Braun behauptet hat. Letzterer hat offenbar die Neurasthenie nicht scharf von der erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution unterschieden.

Ausser diesen konstitutionellen Ursachen kommen nun noch spezielle Veranlassungen in Betracht. Besonders wichtig sind unter diesen die Verdauungsstörungen des Kindesalters, wie schon West und Bouchut in ihren Lehrbüchern hervorgehoben haben. Bald handelt es

[1]) Herz- und Lungenkrankheiten spielen auffälliger und bemerkenswerter Weise fast gar keine Rolle. Der gegenteiligen Angabe Little's (Pediatrics 1899) kann ich nicht beipflichten.

sich um Obstipation oder Gasauftreibung des Darms, bald um einen Katarrh oder eine Überladung des Magens. Auch die Magenerweiterung (Gastrektasie) des Kindesalters ist von Bedeutung.[1]) Seltener spielt die Anwesenheit von Würmern eine Rolle. Häufiger kommt die Dentition in Betracht. In allen diesen Fällen hat man eine reflektorische Einwirkung auf die Atmung angenommen und die Angst auf diese zurückgeführt („Reflexneurose der Lungenendigungen des Nervus vagus"). Wichtig sind ferner alle Krankheitszustände, welche die Atmung behindern, so namentlich Schnupfen[2]), Hypertrophie der Mandeln[3]) und adenoide Vegetationen. Rey hat sogar letzteren die Hauptrolle bei den meisten Fällen des Pavor nocturnus zugeschrieben und alle Symptome desselben auf eine langsame, durch die Behinderung der Atmung bedingte Kohlensäurevergiftung zurückführen wollen. Zweifellos ist dies viel zu weit gegangen.

Auch psychische Momente können die Rolle einer Gelegenheitsveranlassung spielen, z. B. ein Streit mit den Geschwistern oder Furcht vor einer Strafe oder eine aufregende Erzählung.[4]) Bei dem Inhalt der Angstausrufe während des Anfalles können dann diese Momente nachwirken, doch hört man ähnliche Angstäusserungen im Anfall oft genug, auch ohne dass am Tag vorher ein irgendwie entsprechendes Erlebnis nachzuweisen wäre. — In einzelnen Fällen schien sich mir auch der Pavor nocturnus direkt an einen schreckhaften Traum anzuschliessen. Soltmann nimmt geradezu eine „cerebrale Opticushyperästhesie" an.

Zweifelhafter ist, ob auch eine schlechte Ventilation des Schlafzimmers bei der Entstehung der Anfälle beteiligt sein kann.

Was nun das Zusammentreffen der angeführten ätiologischen Faktoren betrifft, so ist unzweifelhaft, dass in manchen Fällen die prädisponierenden Momente (erbliche Belastung etc.) ohne nachweisbare Gelegenheitsveranlassung ausreichen im Kindesalter Anfälle von Pavor nocturnus hervorzurufen. Andererseits dürften ab und zu solche Anfälle auch ohne nachweisbare Prädisposition lediglich durch eine der oben angeführten Gelegenheitsveranlassungen hervorgerufen werden. In der Mehrzahl der Fälle ist sowohl Prädisposition wie Gelegenheitsveranlassung nachweisbar.

[1]) Vergl Blache, Sem. méd 1885 Déc.
[2]) Vergl. Fink, Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten. 1895, Heft 2.
[3]) Vergl. Warrington Howard, Brit. Med. Journ. 1873.
[4]) Vgl. z. B. den Fall Morgenstern's, Pediatrics 1899.

Man hat auch in ähnlicher Weise versucht zwischen symptomatischem und idiopathischem Pavor nocturnus zu unterscheiden, je nachdem der Pavor nocturnus konstitutionell ist oder reflektorisch, z. B. bei Magenerkrankungen etc. (s. o.) auftritt. Silbermann glaubte sogar Unterschiede im Krankheitsbild des idiopathischen und des symptomatischen Pavor nocturnus angeben zu können[1]): bei letzterem sollte der Schlaf schon vor dem Anfall unruhig sein, der Anfall selbst sollte nur ca. 2 bis 6 Min. dauern (gegenüber 10 bis 20 Min. bei der idiopathischen Form) und die Angst sollte nicht halluzinatorisch objektiviert werden. Unzweifelhaft trifft diese Charakteristik für zahlreiche Fälle zu, jedoch keineswegs für alle. Ausserdem wurde bereits erwähnt, dass auch in den symptomatischen Fällen eine Praedisposition oft genug mit im Spiele ist; es kommt sogar nicht selten vor, dass bei demselben Kind bei dem einen Anfall ein reflektorisch wirkendes Moment nachzuweisen ist und bei dem anderen Anfall nicht. Klinisch dürfte es sich also nicht empfehlen, die Unterscheidung zwischen symptomatischem und idiopathischem Pavor nocturnus in diesem Sinn durchzuführen. Man spricht besser von reflektorischen und nicht-reflektorischen oder autochthonen Formen. Wohl aber wird man von einem symptomatischen Pavor nocturnus dann sprechen dürfen, wenn die Pavor nocturnus-Anfälle nur ein psycho- bezw. neuropathisches Symptom neben vielen anderen psycho- bezw. neuropathischen Symptomen darstellen, wenn der Pavor nocturnus also nur eine Teilerscheinung im Bild der „erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution" oder einer organischen Hirnkrankheit oder der Epilepsie u. s. w. ist. Bei einer solchen Definition des symptomatischen Pavor nocturnus bleiben für den idiopathischen Pavor nocturnus, welcher sonach durch die Abwesenheit aller anderweitiger psycho- bezw. neuropathischer Symptome charakterisiert wäre, nur sehr wenig Fälle übrig.

Ausgänge. Der Verlauf und Ausgang des einzelnen Anfalls ist oben bereits beschrieben worden. Der Gesamtverlauf wurde gleichfalls schon angegeben: in der Pubertät oder nach der Pubertät pflegen die Anfälle seltener zu werden und zu verschwinden. Als sog. Alpdrücken können sie noch jahrelang

[1]) Ähnlich auch Huber, Night-terrors (Pediatrics 1900) und Debacker, Des hallucinations et des terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents. Thèse de Paris 1881.

rudimentär bei dem Erwachsenen auftreten. Ausnahmsweise sind die Anfälle die Vorboten einer Epilepsie. Nicht so selten sieht man auch andere Neurosen oder Psychosen sich später, oft lange nach dem Schwinden der Pavor-Anfälle, sich entwickeln. Wenigstens habe ich in der Anamnese erwachsener Geistes- und Nervenkranken unverhältnismässig oft konstatiert, dass in der Kindheit Pavor nocturnus bestanden hatte. Offenbar ist dies nicht so aufzufassen, dass etwa der Pavor nocturnus eine krankhafte Disposition hinterlassen hätte, sondern sowohl der Pavor nocturnus wie die spätere Psychose bezw. Neurose sind in diesen Fällen Ausdruck oder Folge einer psycho- bezw. neuropathischen angeborenen oder früh erworbenen Konstitution.

Diagnose. Diese ist äusserst einfach. Man beachte nur, dass mit der Feststellung von Pavor nocturnus die diagnostische Aufgabe nicht erledigt ist, dass es sich namentlich noch um die ätiologische Diagnose handelt. Bei der letzteren sind alle die soeben gegebenen Ausführungen einzeln sorgfältig zu berücksichtigen.

Behandlung. Es empfiehlt sich stets einen Arzt hinzuziehen. Die erste ärztliche Aufgabe ist, die ätiologischen Momente, die etwa nachweisbar sind, wenn möglich zu beseitigen. Adenoide Wucherungen und hypertrophische Tonsillen müssen entfernt werden, Magen- und Darmstörungen behandelt bezw. verhütet werden. Die psycho- und neuropathische Disposition ist so zu behandeln, wie dies später ausführlich in dem ihr gewidmeten besonderen Abschnitt besprochen werden wird. Insbesondere ist der Genuss von Kaffee, Thee, Bouillon, Alkohol und Gewürzen vollständig zu verbieten. Die Abendmahlzeit soll früh, etwa gegen 6 Uhr, eingenommen werden und nicht zu reichlich sein (etwa $^3/_4$ bis $^1/_2$ Liter Milch und eine Buttersemmel und etwas Obst). Sehr empfehlenswert ist ein abendlicher Spaziergang oder Gartenarbeit oder abendliche Zimmergymnastik (namentlich respiratorische Gymnastik). Die Phantasietätigkeit soll möglichst wenig geweckt werden. Märchen, Indianergeschichten, Jagderzählungen sind für solche Kinder ungeeignet.

In schwereren Fällen verordnet man zum Abend lane 1—2stündige hydropathische Einpackungen (30—35° C.). Sehr günstig wirken auch kleine Bromdosen, z. B. 0,2 —0,5 —1,0 Natr. bromatum (je nach dem Alter); am besten wird diese Dosis schon gegen 6 Uhr gegeben.

Auch späterhin wird man solche Kinder im Hinblick auf die S. 72 mitgeteilten Tatsachen sehr genau beobachten. Die Pavor nocturnus-Anfälle sind ein wertvolles Warnsymptom, welches für die Prophylaxe noch jahrelang beachtet werden sollte.

β. Epileptische Dämmerzustände.

Krankheitsbegriff und Hauptformen. Auf dem Boden der Epilepsie treten bei dem Erwachsenen nicht selten Dämmerzustände auf und zwar meist erst, wenn die Epilepsie einige Jahre bestanden hat. Am häufigsten folgen diese Dämmerzustände einem Krampfanfall oder einer Anfallserie unmittelbar nach (sog. postparoxysmelle oder „postepileptische Dämmerzustände"), seltener gehen sie einem Krampfanfall unmittelbar voran (sog. präparoxysmelle oder „präepileptische Dämmerzustände").[1] Nicht selten treten sie auch vollkommen unabhängig von den Krampfanfällen „selbständig" oder „freistehend" auf, doch gewinnt man in solchen Fällen öfters die Überzeugung, dass der Dämmerzustand anstatt eines erwarteten Krampfanfalles, also „vicariirend" aufgetreten ist (sog. „psychisches epileptisches Äquivalent").

Literatur. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, S. 271 ff.

Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance, S. 104.

Vorkommen und Häufigkeit. Epileptische Dämmerzustände sind begreiflicher Weise, da sie meistens bereits ein längeres Bestehen der Epilepsie voraussetzen, im Kindesalter seltener. Erst in der Pubertät werden sie häufiger.

Symptome und Verlauf. Die Hauptsymptome des epileptischen Dämmerzustandes sind:

1. Dissoziation (siehe S. 67): Das Denken, Sprechen und Handeln der Kinder ist zusammenhangslos oder zeigt wenigstens eine Störung des Zusammenhangs. Mitunter können die Kinder nicht einmal die einfachsten Fragen im Zusammenhang beantworten, in anderen Fällen misslingen nur kompliziertere Assoziationen. Manche Kinder laufen sinnlos umher oder verlaufen

[1]) Diese präepileptischen Dämmerzustände gehen durch kontinuierliche Zwischenstufen in die ab und zu vorkommende halluzinatorische Aura, d. h. die momentane, den Anfall unmittelbar ankündigende Halluzination über.

sich. Eine Teilerscheinung dieser Dissoziation ist auch die Unorientiertheit. Auch diese ist bald nur leicht angedeutet,[1]) bald ganz extrem; die Kinder wissen zuweilen weder ihren Aufenthaltsort, noch Tages- noch Jahreszeit u. s. f. In manchen sehr schweren Fällen betrifft die Assoziationsstörung auch die einfachsten Bewegungen des Sprechens und Gehens: die Sprachartikulation wird lallend, der Gang taumelnd u. s. f.

2. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Solche fehlen in den Dämmerzuständen des Kindesalters kaum jemals, freilich ist ihr Bestehen in der Regel nur aus den abnormen Handlungen (siehe unten) und abgerissenen Worten des Kindes zu erschliessen, da man in der Regel auf Fragen keine zusammenhängende Auskunft erhält. Im Ganzen scheinen schreckhafte Visionen und drohende Stimmen vorzuherrschen.

3. Analgesie, d. h. Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize (Stiche u. s. w.).

Primäre, d. h. von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen unabhängige Affektstörungen sind selten. Am häufigsten habe ich noch einzelne intensive scheinbar motivlose Zorn- und Angstaffekte gesehen.

Das Handeln und Benehmen des Kindes ist durch die angeführten Hauptsymptome gekennzeichnet, also durch die Dissoziation sowie die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Sehr häufig sind sog. impulsive Handlungen, d h. Handlungen, denen nur eine sehr spärliche Zahl von Motivvorstellungen und fast gar keine Überlegung vorausgeht Am häufigsten sind Zornhandlungen. Die folgenden Einzelheiten sind verschiedenen Fällen, teils eigener, teils fremder Beobachtung,[2]) entlehnt. Die Kinder werfen ihre Kleider ab, zerreissen ihre Hemden, laufen nackt umher, werfen Stühle und Tische um, schlagen auf ihre Umgebung los, gehen ihren Eltern mit dem Messer zu Leibe, versuchen ihre Geschwister

[1]) So z. B. in dem von Emminghaus mitgeteilten Fall (l. c. S. 272).

[2]) Siehe namentlich L. Meyer, Virch. Arch., Bd. 8, S. 205; Wiedemeister, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 29, S. 576; Leidesdorf, Wien. Med. Viertelj.schr. 1884; Féré, Les épilepsies et les épileptiques, Paris 1890, S. 144 (Übers. v. Ebers, Leipzig 1896, S. 138, Fall 27); Binswanger, Die Epilepsie in Nothnagels Spez. Pathologie und Therapie, Bd. 12, T. 1, Abt. 1, S. 279 u. 286. Sehr bemerkenswert ist auch der von Ardin-Delteil (L'épilepsie psychique, Paris 1898, S. 95) mitgeteilte Fall, in welchem der jugendliche Patient im Dämmerzustande eine Betrügerei versuchte. Häufiger werden die epileptischen Dämmerzustände erst in der Pubertät und namentlich, wie schon Samt (Arch. f. Psychiatrie, Bd. 6, S. 208) hervorhob, zu Anfang des dritten Lebensjahrzehnts.

zu erdrosseln,[1]) schlagen Purzelbäume, klettern auf die Möbel, verunreinigen die Stuben, drängen zum Fenster oder zur Tür hinaus, schimpfen und drohen nach der Decke hin, laufen fort und vagabundieren u. s. f. Lachen, Beten, Jammern, Toben können sich in regelloser Folge ablösen. Etwas seltener sind Stuporzustände, bedingt durch fascinierende oder imperative Halluzinationen.

Interessant ist, dass zuweilen weit zurückliegende Erinnerungen die Handlungen während des Dämmerzustandes bestimmen können. So war ein 9jähriger epileptischer Patient Férés bei seinem Onkel zu Besuch. Der Sohn dieses Onkels hatte vor zwei Jahren einem Holzpferdchen des Patienten den Schwanz abgerissen. Innerhalb der zwei Jahre hatte der Patient darüber keinen Groll mehr geäussert, sein Temperament war auch keineswegs rachsüchtig. Bei Gelegenheit des Besuches wurde er allein gelassen und kurze Zeit nachher röchelnd, blutigen Schaum vor dem Mund, die Kleider mit Urin durchnässt, gefunden. Die Spielsachen und Bücher jenes Vetters lagen zerrissen umher. Der Kranke brachte nur die Worte hervor: „er hat meinem Pferd den Schwanz ausgerissen." Für den präepileptischen Dämmerzustand, welcher zweifellos vorgelegen hat, bestand partielle Amnesie.

Der Beginn ist in der Regel perakut. Die Dauer schwankt zwischen Minuten und Wochen. Die Klärung am Schluss des Anfalles vollzieht sich meist auch perakut. Zuweilen treten auch während des Verlaufs des Dämmerzustandes Krampfanfälle auf. Gelegentlich habe ich auch Dämmerzustände und Krampfanfälle ganz unregelmässig abwechseln sehen.[3])

Nach dem Dämmerzustand besteht totale oder partielle Amnesie. Gelegentlich ist diese Amnesie retrograd, d. h. sie betrifft nicht nur die Erlebnisse während des Dämmerzustandes, sondern erstreckt sich auch auf die Erlebnisse, welche dem Dämmerzustand unmittelbar vorausgegangen sind.

[1]) Einer meiner Patienten, ein 15jähriger Knabe, hat in einem sehr kurzen nächtlichen epileptischen Dämmerzustand fast seine Mutter, die er im Schlaf überfiel, erwürgt.

[2]) Dieses Fortlaufen im epileptischen Dämmerzustand (fugue épileptique, Poriomanie, Dromomanie) geht fliessend über in manche Fälle von Epilepsia procursiva, in welchen der Kranke im Anfall nur 10, 20 etc Schritte läuft. Vergl. z. B. Mc Carthy, Epileptic ambulatory automatism, Journ. of nerv. and ment disease 19 0 March, S. 143.

[3]) Hierher gehört wohl auch der Fall von Gowers, Epilepsie, 2. Aufl., Übers. v. Weiss, S. 200; doch dürfte es sich hier um eine Hysteroepilepsie gehandelt haben.

Für die Wiederkehr des Dämmerzustandes im Einzelfall lässt sich keine bestimmte Regel aufstellen. Zuweilen bleiben neue Dämmerzustände jahrelang aus, zuweilen kehren sie nach einigen Tagen wieder.

Ätiologie. Die ätiologische Beziehung zur Epilepsie ist ex definitione gegeben. Bezüglich der Ursachen der Epilepsie ist auf die einschlägigen neuropathologischen Werke und Abhandlungen zu verweisen. Vom etwaigen Bestehen einer Dementia epileptica sind die Dämmerzustände unabhängig. Ausdrücklich sei noch bemerkt, dass epileptische Dämmerzustände auch bei der symptomatischen (organischen) Epilepsie des Kindesalters vorkommen, also solchen Fällen, in welchen die epileptischen Anfälle z. B. von einer Herderkrankung des Gehirns abhängig sind.

So habe ich einen 13jährigen Knaben behandelt, welcher in den ersten Kinderjahren (wahrscheinlich zwischen dem 3. und 5. Jahr) von einem Wagen überfahren wurde. Drei Monate später bekam er den ersten epileptischen Anfall. Als ich den Knaben im Alter von 13 Jahren sah, ergab die Untersuchung zweifellos, dass eine Herderkrankung des Gehirns links von der Sehnervenkreuzung[1]) an der Hirnbasis und zwar wahrscheinlich eine sog. traumatische Cyste vorlag. Wiederholt habe ich bei diesem Knaben postepileptische Dämmerzustände selbst gesehen. Nach dem Krampfanfall sprang er auf, stürmte durch die Zimmer, stiess zusammenhangslose Worte aus, suchte in den Ecken umher, schlug auf jeden ein, der ihm in den Weg kam u. s. f. Ich liess später die Trepanation ausführen, und die Cyste wurde an der erwarteten Stelle gefunden. Die Krampfanfälle und Dämmerzustände blieben danach lange Zeit völlig aus.

Diagnose. Die Erkennung des epileptischen Dämmerzustandes ist meistens einfach. Der perakute Beginn und die Dissoziation legen die Diagnose eines Dämmerzustandes überhaupt nahe. Die speziell epileptische Natur des Dämmerzustandes ergibt

[1]) Die örtliche Diagnose stützte sich im Wesentlichen auf folgende Momente: leichte Auftreibung und Druckempfindlichkeit der linken Schläfe (ohne Narbe), konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes des rechten Auges, nasale Hemianopsie des linken Auges, sehr leichte rechtsseitige Hemiparese, konstante tonische Rechtsdrehung des Kopfes $^1/_2$ bis 1 Minute vor Ausbruch des allgemeinen Krampfanfalles. Bemerkenswert war, dass letzterer im Übrigen ganz einem gewöhnlichen epileptischen Anfall, nicht einem Jacksonschen entsprach und dass trotz der beträchtlichen Grösse der Cyste Stauungspapille fehlte. Einen Dämmerzustand bei einer typischen Jacksonschen Epilepsie habe ich im Kindesalter noch nicht beobachtet.

sich meistens aus der Anamnese. Man frägt, ob das Kind schon Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust gehabt hat. Freilich ist ein verneinender Bescheid der Eltern nicht stets zuverlässig, da die epileptischen Krampfanfälle zuweilen ausschliesslich in der Nacht auftreten und dann der Beobachtung der Angehörigen entgehen können. Zuweilen, nicht stets, gelingt es, eine solche nächtliche Epilepsie nachzuweisen, indem man Zungennarben (herrührend von Bisswunden im Anfall) oder andere derartige Zeichen konstatiert.[1]) Auch kann die Epilepsie gerade im Kindesalter zuweilen ohne ausgesprochene Krampfanfälle (grand mal) verlaufen und sich auf sog. Absences (petit mal) beschränken, d. h. sehr kurze Anfälle mit Bewusstseinsverlust und ohne, bezw. fast ohne Krampfbewegungen, Anfälle, die ebenfalls der Beobachtung leicht entgehen. Man wird daher gut tun, die Angehörigen ausdrücklich zu fragen, ob das Kind manchmal plötzlich einen Augenblick wie abwesend vor sich hinstarrt u. a. m.[2])

Ausdrücklich sei noch bemerkt, dass die Symptome und der Verlauf des Dämmerzustandes selbst nicht stets sicher zu unterscheiden gestatten, ob es sich um einen epileptischen oder hysterischen Dämmerzustand handelt, vielmehr ist für diese Unterscheidung nur der Charakter der früher aufgetretenen Krampfanfälle massgebend. S. auch unter „hysterische Dämmerzustände".

Behandlung. Die Behandlung der epileptischen Dämmerzustände steht und fällt im allgemeinen mit der Behandlung der zu Grunde liegenden Epilepsie. Bezüglich dieser letzteren verweise ich auf die einschlägigen neuropathologischen Werke.[3]) Im Dämmerzustand selbst empfiehlt sich, wenn irgend möglich, die Aufnahme in eine Klinik oder Anstalt. Ausserdem kommen folgende Kurmassregeln in Betracht:

1. peinlich sorgfältige Überwachung (Selbstmordgefahr und Gefahr für die Umgebung);
2. Bettruhe;
3. kühle Bäder;
4. eventuell Bromsalze in Verbindung mit sehr kleinen Opiumdosen.

[1]) Vergl. meine Psychiatrie, 2. Aufl. S. 276

[2]) Zwischen diesen Absencen und den kürzesten freistehenden epileptischen Dämmerzuständen existieren übrigens fliessende Übergänge (Petit mal intellectuel Falrets).

[3]) Ausser dem oben angeführten Werk Binswangers führe ich hier nur das Buch von P. Pini (L'epilessia, Milano, U. Hoepli, 1902) an, weil es in ganz besonderer Vollständigkeit alle Behandlungsmethoden zusammenstellt.

γ. Hysterische Dämmerzustände.

Krankheitsbegriff und Hauptformen. Auch auf dem Boden der Hysterie treten sowohl bei dem Erwachsenen wie bei dem Kinde Dämmerzustände auf. Bald stehen sie in keiner Beziehung zu den hysterischen Krampfanfällen (sog. freistehende hysterische Dämmerzustände), bald knüpfen sie direkt an diese an. Im letzteren Falle kann man, ähnlich wie bei den epileptischen Dämmerzuständen, praeparoxysmelle und postparoxysmelle hysterische Dämmerzustände unterscheiden. Letztere sind viel häufiger als erstere. Der postparoxysmelle Dämmerzustand bildet oft geradezu die letzte sog. delirante Phase des hysterischen Krampfanfalles.[1])

Literatur.[2]) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. S. 280ff.

Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. S. 100ff.

Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. Halle a. S., C. Marhold, 1899. S. 20.

Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berlin. Klin. Wchschr. 1892, S. 841.

Steiner, Beiträge zur Kenntnis der hysterischen Affektionen bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. 1897. Bd. 44, S. 187.

In der letztgenannten Arbeit findet man auch eine ausgezeichnete Literaturübersicht.

Vorkommen und Häufigkeit. Briquet hat bereits nachgewiesen, dass die ersten Anfänge der Hysterie meist (in einem

[1]) Der typische schwere hysterische Krampfanfall lässt folgende Phasen unterscheiden:

1. Die epileptoide Phase, welche durch tonische und klonische Krämpfe charakterisiert ist;

2 Die Phase der coordinierten Bewegungen: (sog. grands mouvements) schüttelnde und schlagende Bewegungen der Arme, strampelnde und stossende Bewegungen der Beine, schleudernde, wälzende und windende Bewegungen des Rumpfes; bald krümmen sich die Kranken zur Kugel zusammen, bald biegen sie den Rücken konkav ein, so dass schliesslich nur noch Kopf und Fuss auf der Unterlage ruhen (Arc de cercle). Auch eigentümliche Turnbewegungen etc. (Clownisme) kommen vor:

3. Die Phase der Affektbewegungen (sog. attitudes passionnelles): auf Grund von stark gefühlsbetonten Sinnestäuschungen und Phantasievorstellungen nehmen die Kranken entsprechende Stellungen ein und führen entsprechende Bewegungen aus. Das Gesicht malt bald Angst, bald Verzückung, bald Liebe, bald Hass u. s. f. Dazu kommen oft auch entsprechende delirante Äusserungen. Daher hat man diese Phase mit Recht auch als delirante Phase bezeichnet.

Übrigens weichen die hysterischen Anfälle im einzelnen oft sehr von diesem Schema ab.

[2]) Auch die Fälle von West, Journ. f. Kinderkrankh., Bd. 23, H. 1 u. 2, scheinen z. T. hierher zu gehören.

Fünftel der weiblichen Fälle) bis in das Kindesalter zurückzuverfolgen sind. Fast alle späteren Untersucher haben dies bestätigt. Die ältere Anschauung, dass die Hysterie lediglich bei weiblichen Individuen auftrete, ist ebenfalls längst berichtigt worden. Immerhin kommt sie auch im Kindesalter etwas öfter bei Mädchen als bei Knaben vor.

Was nun speziell das Vorkommen hysterischer Dämmerzustände anlangt, so sind solche bei der infantilen Hysterie fast ebenso häufig wie bei der Hysterie des Erwachsenen, während ausgesprochene typische hysterische Krampfanfälle im Kindesalter seltener sind als bei dem Erwachsenen. Die meisten Fälle hysterischer Dämmerzustände, welche ich selbst im Kindesalter beobachtet habe, fallen in die Lebenszeit vom achten Jahre ab. Gegen die Pubertät hin ist eine sehr deutliche Zunahme zu konstatieren.

Symptome und Verlauf. Die Symptome und der Verlauf gleichen dem Bild des epileptischen Dämmerzustandes in hohem Mass, doch kann man oft folgende Abweichungen konstatieren:

1. Die Dissoziation im hysterischen Dämmerzustand ist meist nicht so erheblich.

2. Die Halluzinationen hängen oft romanartig zusammen und sind oft in sehr komplizierter Weise mit den wirklichen Erlebnissen verwoben. Auch handelt es sich dabei bemerkenswerter Weise sehr oft um die halluzinatorische Reproduktion eines früheren wirklichen stark gefühlsbetonten Erlebnisses. Auch ist ein sentimentaler und erotischer Inhalt sehr häufig. Tiervisionen, zuweilen verbunden mit entsprechenden Gefühlstäuschungen[1]) (z. B. des Gebissenwerdens[2]), kommen bei hysterischen Dämmerzuständen im Kindesalter ebenso häufig vor wie bei epileptischen. Auch die Lebhaftigkeit der Farben ist fast dieselbe. Merkwürdig oft kommen auch Visionen von Leichen und Leichenteilen vor.

3. Die Wahnvorstellungen sind oft durch ihren phantastischen Charakter ausgezeichnet.

4. Durch geschickte Suggestion mit oder ohne Hypnose lässt sich der Inhalt der Delirien, d. h. der Halluzinationen und Wahnvorstellungen, meist in sehr erheblichem Mass beeinflussen.

[1]) Vgl. z. B. den Fall Steiners l. c. S. 210.

[2]) Diese taktilen Halluzinationen können mit dem Ort eines hysterischen Druckpunktes oder einer hysterischen Topalgie bezw. Neuralgie zusammenfallen.

5. Analgesie wird gleichfalls fast stets konstatiert, aber abweichend von dem epileptischen Dämmerzustand zeigt der hysterische Dämmerzustand trotz der Analgesie andererseits ausgesprochene Druckpunkte, d. h. auf Druck empfindliche Stellen, die in ganz charakteristischer Weise lokalisiert sind.

6. Wie schon aus der erheblichen Suggestibilität hervorgeht, ist der Einfluss äusserer Reize auf die Ideenassoziation durchschnittlich in viel geringerem Masse ausgeschaltet als bei dem epileptischen Dämmerzustand. Die Orientierung ist daher auch besser erhalten. Auch ältere Vorstellungskreise sind durchschnittlich niemals in so erheblichem Mass ausser Einfluss gesetzt wie bei dem epileptischen Dämmerzustand: die individuelle Persönlichkeit des Kindes tritt im hysterischen Dämmerzustand viel schärfer hervor als im epileptischen.

7. Die Amnesie ist oft viel weniger erheblich, zuweilen fehlt sie ganz.

8. Das Gebahren im Dämmerzustand trägt oft (nicht stets) mehr den Charakter des Theatralischen. Impulsive Handlungen s. str. sind seltener als Affekthandlungen. Fälle, in welchen ein sehr gesteigerter Bewegungsdrang besonders auffällig war, hat man früher unzweckmässiger Weise als Chorea magna bezeichnet; sie haben mit der gewöhnlichen Chorea (sc. minor), d. h. dem Veitstanz nichts zu tun.

Der Beginn ist wie bei dem epileptischen Dämmerzustand meist perakut. Die Dauer schwankt innerhalb der weitesten Grenzen. Nicht selten beschränkt sie sich auf einige Minuten. Andererseits habe ich gerade bei Kindern Dämmerzustände gesehen, welche kontinuierlich oder mit Remissionen viele Tage lang anhielten. Monatelange Dauer ist bei Kindern sehr selten. Mitunter wechseln krampfartige Anfälle und Dämmerzustände unregelmässig wochenlang ab.

Auch die Häufigkeit der Dämmerzustände im Einzelfall ist sehr verschieden. Zuweilen kehren sie — bemerkenswerter Weise — täglich zu einer bestimmten Stunde wieder, zuweilen ist ihre Wiederkehr an gar keine Regel gebunden. Die Intervalle zwischen den Anfällen wechseln daher auch innerhalb der weitesten Grenzen. Zuweilen bleiben die Dämmerzustände monate- und jahrelang weg, um dann plötzlich in grosser Zahl mit kurzen Pausen, also serienweise aufzutreten. Im Ganzen neigen die Dämmerzustände im Einzelfall zu einer deutlichen Zunahme gegen

die Pubertät hin. Endlich ist die Umgebung des Kindes von grossem Einfluss auf die Zahl und den Verlauf der Dämmerzustände. Sehr oft habe ich erlebt, dass mit dem Augenblick, wo das Kind aus dem Elternhaus entfernt und in die — ich möchte sagen — objektive Umgebung einer Klinik versetzt wurde, die Dämmerzustände erst an Dauer und Intensität und weiterhin auch an Zahl sehr rasch abnahmen.

Der folgende kurz skizzierte Fall mag die seitherigen Angaben etwas veranschaulichen.

Ein 12jähriges, schwerbelastetes hysterisches Mädchen wird nachts plötzlich unruhig, wirft sich im Bett hin und her, redet die herbeieilenden Eltern mit fremden Namen an, stiert in die Ecken, lacht auf, weint ohne erkennbaren, normalen Anlass, phantasiert von Gegenständen, mit denen sie sich im Laufe des Tages am liebsten beschäftigt, und schläft nach ½ Stunde wieder ein. Bei ähnlichen Anfällen verzieht sie auch hin und wieder den Mund oder schlägt mit den Beinen oder ballt die Fäuste. Auch ein allgemeiner momentaner tonischer Krampf unterbricht den Anfall zuweilen. In anderen Anfällen springt sie aus dem Bett und wandert umher. Zuweilen verfällt sie nach dem Anfall nicht in Schlaf, sondern erwacht völlig klar, aber ohne Erinnerung. Noch häufiger kommen solche Anfälle am Tag vor. Mitunter werden sie von einem stechenden Gefühl im Hinterkopf oder einem Bohren in der rechten Schläfe eingeleitet. So stösst sie z. B. plötzlich einen leisen Ruf aus, sinkt zurück und macht reckende Bewegungen mit den Armen. Dabei murmelt sie: „ich möchte dir gern diese Blume pflücken, aber es ist zu hoch.“ Nach einigen Minuten Erwachen ohne Erinnerung. Ein anderes Mal ruft sie: „O komm! O komm! Die Mama ist fort!“ und streckt die Arme aus, während die Mutter am Bettrand sitzt. Besonders phantasiert sie in den Anfällen von Blumen. Auch in der Form gewöhnlicher Somniloquie wurden ähnliche Äusserungen beobachtet. Die Anfälle am Tage häuften sich zeitweise sehr (über 20 in 12 Stunden). Gang in den Intervallen taumelnd. Zahlreiche Druckpunkte, allgemeine Hyperästhesie (namentlich auch optische), Pulsbeschleunigung, ausgesprochene Arrhythmie der Respiration, peripherischer Gefässkrampf.

Bei entsprechender Behandlung, aber erst nach Entfernung aus dem Elternhaus, sind später die Dämmerzustände ausgeblieben

und auch die hysterische Charakterveränderung hat sich fast vollständig ausgeglichen.

Ätiologie. Diese deckt sich mit der allgemeinen Ätiologie der Hysterie, bezüglich welcher ich auf die neuropathologischen Lehrbücher und monographischen Bearbeitungen der Hysterie verweisen muss. Die Faktoren, welche speziell den einzelnen hysterischen Dämmerzustand bei dem Kind hervorrufen, lassen sich in der Regel viel schärfer nachweisen als die Gelegenheitsveranlassungen des epileptischen Dämmerzustandes, bei welchem sich solche oft schlechterdings nicht auffinden lassen. Bei dem hysterischen Dämmerzustand handelt es sich zumeist um Affektstösse: dahin gehört der Schreck, z. B. bei Gelegenheit eines Unfalles, oder der Ärger, z. B. bei Verweigerung einer Bitte, oder das Staunen über neue fremdartige Eindrücke, z. B. bei dem ersten Besuch des Theaters oder der Übersiedelung an einen Badeort u. s. f.

Nicht selten treten bei denselben Kindern auch Anfälle von nächtlichem Somnambulismus auf. Da die Symptome dieser eigentlichen, d. h. nächtlichen somnambulen Zustände ganz ähnlich sind, hat man zuweilen die hysterischen Dämmerzustände überhaupt als somnambule Zustände bezeichnet.

Diagnose. Dass überhaupt ein Dämmerzustand vorliegt, wird in der Regel rasch und richtig erkannt. Mehr Schwierigkeit bietet die Erkennung des Dämmerzustandes als eines hysterischen. Die sonstigen Symptome der Hysterie sind nämlich im Kindesalter oft so wenig ausgesprochen, dass oft bei oberflächlicher Untersuchung der Dämmerzustand als einziges Krankheitssymptom dazustehen scheint. Die kindliche Hysterie hat eben eine Neigung „monosymptomatisch“ zu verlaufen. Insbesondere fehlen gerade bei der kindlichen Hysterie typische hysterische Krampfanfälle nicht selten vollständig. Man achte daher namentlich auf folgende Symptome: die hysterische Charakterveränderung oder sog. hysterische psychopathische Konstitution (s. den diese behandelnden späteren Abschnitt), die charakteristischen, namentlich auch durch ihre halbseitige Verschiedenheit gekennzeichneten hysterischen Druckpunkte und etwaige hysterische Störungen der Reflexe (namentlich Aufhebung der Cornealreflexe), der Motilität (Lähmungen, Kontrakturen) und der Sensibilität (Anästhesien von geometrischer Abgrenzung, en plaques u. s. f.).

Die Unterschiede gegenüber dem epileptischen Dämmerzustand sind oben bereits hervorgehoben worden[1]), es werde nur nochmals betont, dass diese Unterschiede keineswegs in allen Fällen nachzuweisen sind.

Behandlung. Die therapeutische Aufgabe ist nicht sowohl die Beseitigung des einzelnen Dämmerzustandes als die Verhütung neuer Dämmerzustände. In der Regel ist die erste und unerlässliche Bedingung für beides die Entfernung aus dem Elternhaus. Zuhause weiss das Kind, dass alle seine Krankheitssymptome in der Besorgnis der Eltern sich vergrössert reflektieren, und in diesem psychischen Moment liegt, auch wenn die Eltern pädagogisch sonst sehr verständig sind, ein wesentliches Hemmnis für jede häusliche Behandlung.

Nächst der Entfernung aus dem Elternhaus ordnet man Bettruhe und Langeweile oder objektive, die Phantasie nicht anregende Beschäftigung an. Im übrigen ignoriert man die Symptome des Dämmerzustandes, soweit dies möglich ist, ohne die auch hier notwendige Überwachung zu vernachlässigen. Sehr vorteilhaft sind kalte Bäder. Hypnose ist nur in den schwersten Fällen als ultimum refugium gestattet. In vielen Fällen genügt bei einer solchen Behandlung ein gewöhnliches Krankenhaus, oft sogar eine geeignete Pension; nur in den schweren und hartnäckigen Fällen kommt man nicht ohne Nerven- bezw. Irrenanstalt aus. Nach Beseitigung des Dämmerzustandes selbst handelt es sich vor allem um die psychotherapeutische Bekämpfung der zu grunde liegenden hysterischen psychopathischen Konstitution (s. u.).

Anhangsweise gedenke ich noch einiger seltener Dämmerzustände des Kindesalters, welche zu Störungen der vasomotorischen Nerven in engerer Beziehung stehen.

In erster Linie seien die Migräne-Dämmerzustände genannt, d. h. Dämmerzustände, welche an Stelle oder in Begleitung oder gegen Ende eines Migräneanfalls auftreten. Krafft-Ebing[2]) hat einige derartige Fälle, welche dem späteren Kindes-

[1]) Die Vorstellung der Verwandlung in andere Persönlichkeiten weist ebenfalls sehr entschieden auf den hysterischen Charakter des Dämmerzustandes hin. Vergl. den Fall von Gumpertz, Berl. Klin. Wchschr. 1901, S. 1134.

[2]) Jahrb. f. Psychiatrie, Bd. 21, 1902, S. 44 ff.

alter angehören, mitgeteilt. Visionen und impulsive Handlungen spielen im Krankheitsbild die Hauptrolle. Wahrscheinlich ist übrigens in den meisten dieser Fälle die Migräne nur eine Begleiterscheinung einer Hysterie oder Epilepsie.

Auf kalorische Schädlichkeiten sind wahrscheinlich die von Reich[1]) mitgeteilten Fälle zu beziehen, in welchen die jugendlichen Patienten nach längerem Aufenthalt in starker Kälte plötzlich in die Nähe des heissen Ofens versetzt worden waren.

Ob, wie ausnahmsweise bei dem Erwachsenen, sehr intensive Affekte bei einem sonst gesunden Kinde einen Dämmerzustand hervorrufen können, ist mir sehr zweifelhaft. Möglicherweise gehört ein Fall von Engelborn[2]) hierher: ein 11jähriger Knabe sollte vor Gericht als Zeuge vernommen werden; in seiner Angst geriet er in einen extatischen Zustand, in dem er Sterbelieder und Bibelsprüche deklamierte, schliesslich verfiel er in Schlaf und war dann wieder psychisch normal. Die meisten derartigen Fälle dürften den hysterischen Dämmerzuständen zugehören.

Dämmerzustände in Folge intensiven körperlichen Schmerzes, z. B. einer Neuralgie scheinen erst in der Pubertät vorzukommen.[3])

e. Begleitdelirien.

(Symptomatische Delirien.)

Allgemeiner Krankheitsbegriff. Als Begleitdelirien bezeichne ich Krankheitszustände, welche vorzugsweise durch Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Assoziationsstörungen (Inkohärenz) gekennzeichnet sind und in ihrem Verlauf ganz und gar von der **fortlaufenden** Einwirkung einer bestimmten im ganzen Körper wirksamen Schädlichkeit (z. B. infektiösen Mikroorganismen, Giften, Nahrungsmangel etc.) abhängig sind. Wenn eine akute Infektionskrankheit eine akute halluzinatorische Paranoia hervorruft, so handelt es sich nicht um eine während der ganzen Dauer der Psychose fortlaufende infektiöse Einwirkung auf die Rindenzellen, sondern die klinische Betrachtung drängt uns hier den Schluss auf, dass die Infektion zu Beginn der Psychose funktionelle Veränderungen in der Hirnrinde hervorgerufen hat, welche nun bis zu ihrem Wiederausgleich, auch

[1]) Berl. Klin.-Wchschr. 1881.
[2]) Zentralbl. f. Nervenheilk. 1881.
[3]) Vergl. Griesinger, Arch. f. Heilkunde, Bd. 7.

ohne fortlaufend durch weitere infektiöse Einwirkungen unterhalten zu werden, eine selbständige Psychose bedingen: die Kinderveränderung und damit die Psychose ist in ihrem weitern Verlauf von der Infektion unabhängig geworden. Bei den Begleitdelirien liegen solche selbständigen Veränderungen nicht vor, die psychische Störung ist nur ein Symptom der fortlaufenden Einwirkung der noch fortbestehenden Infektion bezw. Vergiftung u. s. f. Gegenüber den Dämmerzuständen gilt derselbe Unterschied. Auch bei diesen überdauert der psychopathische Zustand in der Regel die Intoxikation etc.; anders bei den Begleitdelirien: diese dauern nur so lange, als das Gift zugeführt wird und im Organismus zirkuliert.

Die weitere Besprechung wird nach den 4 Hauptformen:

α. Infektions-, Fieber- und Inkubationsdelirien,

β. Deferveszenz- oder Kollapsdelirien,

γ. Inanitionsdelirien,

δ. toxische Delirien, gesondert.

α. Infektions-, Fieber- und Inkubationsdelirien.

Häufiger noch als bei Erwachsenen treten bei Kindern auf der Höhe einer akuten Infektionskrankheit Delirien auf. Oft stehen die Krankheitserscheinungen in einer direkten Abhängigkeit von der Fieberhöhe, d. h. ceteris paribus sind sie um so ausgesprochener, je höher das Fieber ist. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass nicht nur die Temperaturerhöhung als solche, sondern in noch höherem Masse die Infektion, welche ja auch dem Fieber zu Grunde liegt, für die Delirien verantwortlich zu machen ist. So erklärt es sich auch, dass sehr ähnliche Delirien auch in jenen Ausnahmefällen auftreten, in welchen eine akute Infektionskrankheit z. B. ein Typhus afebril, d. h. ganz ohne oder ohne erhebliche Temperatursteigerung verläuft, und dass ferner ähnliche Delirien auch gelegentlich schon im Inkubationsstadium der Infektionskrankheiten, also vor dem Eintritt irgend welcher Temperaturerhöhung, vorkommen. Die letzteren Delirien werden auch als „Initial- oder Inkubationsdelirien" bezeichnet und den Fieberdelirien gegenübergestellt. Diese letzten sind also der Temperaturerhöhung als koordiniert anzusehen.

Im Kindesalter pflegen Fieberdelirien sich in der Regel erst einzustellen, wenn die Temperatur über 39,5 ° steigt. Es ergiebt

sich jedoch, dass die Prädisposition hierbei eine entscheidende Rolle spielt. Neuro- oder psychopathisch belastete Kinder, die entsprechend einer solchen Belastung auch in gesunden Tagen das Bild der erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution zeigen, delirieren zuweilen schon bei 38,5 °.[1]) Ebenso sind Kinder welche in den ersten Lebensjahren eine Hirnkrankheit durchgemacht haben, zu Fieberdelirien prädisponiert. Auch bei Kindern, welche gewohnheitsgemäss kleinere oder grössere Mengen Alkohol (Bier, Wein) erhalten hatten, habe ich ab und zu in Infektionskrankheiten unverhältnismässig schwere Delirien bei relativ geringfügiger Temperatursteigerung beobachtet. Ferner scheint mir der Kräftezustand nicht ohne Bedeutung; je erschöpfter das Kind ist, um so häufiger treten Delirien auf.

Dazu kommen endlich noch Verschiedenheiten, die von der Infektionskrankheit selbst abhängen. In dieser Beziehung ist über die einzelnen Infektionskrankheiten folgendes zu bemerken:

Typhus.[2]) Je jünger das Kind ist, um so seltener und um so geringfügiger sind in der Regel die Delirien. Bei Kindern unter 8 Jahren ist man geradezu oft über die fast totale Klarheit erstaunt. Wenn Delirien vorkommen, stellen sie sich meistens abends oder nachts ein.

Flecktyphus.[3]) Delirien sollen bei Kindern häufiger sein. Meist treten sie erst am 5.—7. Tage ein, anfangs nur nachts und nur bei höherer Temperatur, später auch am Tage und auch bei tieferer Temperatur.

Influenza.[4]) Delirien kommen im Kindesalter nicht so selten vor. Allerdings ist in manchen Fällen, welche in der Literatur vorlagen, nicht ausgeschlossen, dass eine Komplikation mit Meningitis (Hirnhautentzündung) vorlag (siehe unter Diagnose).

---

[1]) Clouston, Clinical lectures on mental disease. London, 1898, S. 139, erzählt von einem Kind, das bei Temperaturen über 99 ° F. stets delirierte.

[2]) Vergl. z. B. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 11. Aufl., 1903, S. 803; Heubner, Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Bd. 1, 1903, S. 509; Morse, Boston Med. Surg. Journ. 1896; Römheld, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd 48, S. 205; Foulerton und Thomson, Lancet, 1900 (Ausgang tödtlich, Nissl-Befund normal).

[3]) Vergl. z. B. Wollberg, Jahrb. f. Kinderheilk. 1887, S. 272; Seliger, Berl. klin. Wchschr. 1888, Nr 52; Salomon, Deutsches Arch f. klin. Med., Bd. 27.

[4]) Schlossmann, Allg. Med. Zentralztg. 1895; Kalischer, Arch. f. Psychiatrie, Bd. 23, S. 245 Anm.; Curti, La pediatria 1895 (Pseudomeningitis); Comby, Rev. mens. des mal. de l'enf. 1890.

Gelenkrheumatismus.[1]) Delirien sind ziemlich häufig.

Masern.[2]) Bei Masern sind Begleitdelirien nicht gerade häufig. Heubner sah einmal bei einem 3jährigen Kinde Delirien schon bei einer Abendtemperatur von 39,3° auftreten. Ein 7jähriges Mädchen sah im Höhestadium während eines zweitägigen deliranten Zustandes überall Maden. In einem Fall von Hierogrifow, welcher mir allerdings nur in Referaten zugänglich war, trat bei einem 13jährigen Mädchen im Inkubationsstadium der Masern ein halluzinatorisches Delirium auf.

Scharlach.[3]) Delirien sind ungemein häufig, auch wenn keine Komplikation mit Nierenerkrankung vorliegt.

Diphtherie.[4]) Delirien sind nicht ganz so häufig wie bei Scharlach.

Cholera.[5]) Auf der Fieberhöhe kommen Delirien vor, im Stadium algidum angeblich niemals.

Mumps (Parotitis epidemica).[6]) Delirien kommen ausnahmsweise vor.

Malaria.[7]) Bei Kindern herrschen komatöse Zustände vor, doch kommen auch schreckhafte Gesichts- und Gehörstörungen vor (Fall 1 und 3 von Pasmanik) und zwar bei relativ niedrigen Temperaturen, z. B. 38,4.

Pneumonie.[8]) Delirien sind sehr selten, und zwar auch bei der kroupösen Form.

Ungemein selten werden im Kindesalter bei einem gewöhnlichen fieberhaften Magen- oder Darmkatarrh Delirien beobachtet. Hierher gehört z. B. der Fall von Panthel.[9])

---

[1]) Roger. Journ. f. Kinderkrankh., 1866—1868, Fall 27 u. 28.

[2]) Heubner, l. c. S. 294 ff.

[3]) Vergl. z. B. Henoch, l. c., S 693; Hirsch, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 52, S. 796 (H. beobachtete Delirien nur innerhalb der ersten 8 Tage, namentlich am 1. Tage).

[4]) Vergl. z. B. Rumpf, Eberstein's Handb. d. pr. Med., Bd. V, S. 419.

[5]) Vergl. z. B. Monti, Jahrb. f. Kinderkrankh., Bd. 3, S. 176 ff.

[6]) Vergl. Longuet. Des lésions des divers organes et appareils dans les orcillons Un. méd. 1885

[7]) Vergl. z. B. Widowitz, Wien. Med. Bltr. 1888, Nr. 33 u. 34; Pasmanik, Wien. Med. Wochenschr. 1897, No. 12, S. 517 ff. (namentlich S. 565).

[8]) Vergl. Schlesinger, Arch. f. Kinderheilk., Bd. 22.

[9]) Dieser Fall ist mir nur aus einem Zitat bei Kraepelin, Arch f. Psychiatrie, Bd. 12, S. 307 bekannt. In dem Fall von Tomkins (Lancet, 1884, B. S. 824) kamen als ätiologisches Moment jedenfalls Gemütsbewegungen hinzu; es handelte sich um ein fünfjähriges Mädchen, dessen Vater Trinker war; die aetiologische Bedeutung des Magenkatarrhs scheint mir keineswegs zweifellos. Der von Gumpertz (Arch. f. Psychiatrie, Bd 33, S. 326) nach Dysenterie beobachtete Fall ist wohl als Inanitionsdelirium aufzufassen.

Die Hauptsymptome der Fieberdelirien sind Sinnestäuschungen und Assoziationsstörungen. Die ersteren sind durchweg sehr lebhaft. Teils handelt es sich um Halluzinationen, teils um Illusionen. Visionen herrschen vor: die Kinder sehen Flammen, schwarze Männer, Gespenster, Fratzen, Tiere, Engel u. s. f. Oft ist die ganze Umgebung illusionär umgestaltet (Situationstäuschungen). Die auf einander folgenden Sinnestäuschungen können lose, traumartig zusammenhängen. Auch Gehörs- und Gefühlstäuschungen sind nicht selten. Durch allerhand flüchtige Phantasievorstellungen, welche kaum die Bezeichnung „Wahnvorstellungen" verdienen, werden die Sinnestäuschungen noch ergänzt. Die Assoziationsstörung gibt sich schon in dem verwirrten Sprechen zu erkennen. Die Orientierung ist schwer gestört. Die Umgebung wird verkannt. Das Kind kann zwischen seinen Träumen im Halbschlaf, seinen Halluzinationen und der Wirklichkeit nicht mehr unterscheiden. Oft ist die Ideenassoziation nicht nur incohaerent, sondern auch etwas beschleunigt. Entsprechend dem Inhalt der Sinnestäuschungen überwiegen meist Zorn- und Angstaffekte, doch kommen gelegentlich auch heitere Delirien vor. Unter den motorischen Reaktionen herrschen Jammern, Schreien, Fortdrängen vor.

Der Verlauf erstreckt sich bald nur über einige Stunden, meist über 1—2—3 Tage, zuweilen über eine Woche und mehr. Entsprechend der zunehmenden Infektion ist meist eine deutliche Progression zu bemerken. Anfangs besteht nur eine allgemeine sensible und sensorische Hyperästhesie, eine reizbare und weinerliche Stimmung und eine leichte motorische Unruhe. Daran schliessen sich bald in raschem Anstieg, bald in langsamer Entwicklung die zuvor beschriebenen Hauptsymptome. Mit der Steigerung der letzteren pflegt vor allem die Inkohärenz, die Ideenflucht und die Agitation in den Vordergrund zu treten. In den höchsten Graden der Infektion machen die Reizerscheinungen schweren Ausfalls- bezw. Hemmungserscheinungen Platz. Die Kinder murmeln nur noch abgerissene, unverständliche Worte. Vorgehaltene Gegenstände werden schliesslich kaum mehr fixiert. Die einfachsten Greifbewegungen werden unsicher. Auf Fragen erfolgt keine Reaktion mehr oder höchstens ein leichter Augenaufschlag, eine Kopfdrehung oder ein stammelnder Sprechversuch. Nur auf Schmerzreize erfolgen lange Zeit noch ziemlich prompt Abwehrbewegungen. An Stelle der Agitation tritt ein automatisches

Strecken und Beugen der Extremitäten, Flockenlesen, zielloses Greifen u. dgl. m. Das Kind versinkt schliesslich in zunehmende Somnolenz, welche in den schwersten Fällen in tiefes Coma übergeht und tödlich endigt. In den meisten Fällen ist der Verlauf günstiger. Entsprechend dem Fieberabfall verschwinden die Delirien rascher oder langsamer. Selten kommt es vor, dass einzelne Wahnvorstellungen, welche durch die Sinnestäuschungen während der Delirien geweckt worden waren, das Delirium noch einige Zeit überdauern. So glaubte z. B. ein 4jähriger Patient Henochs noch tagelang nach der Entfieberung eine schwarze Katze neben sich im Bett zu haben. Die Erinnerung an die normalen und pathologischen Erlebnisse während der Delirien ist stets im Sinne einer Amnesie (vgl. S. 67) beeinträchtigt, jedoch selten ganz aufgehoben.

Sehr beachtenswert ist, dass gerade im Kindesalter mit den Fieberdelirien auch schwere rein-körperliche Reizerscheinungen auftreten, so z. B. Krampfanfälle, welche symptomatisch ganz den epileptischen gleichen, aber wegen ihrer Abhängigkeit vom Fieber bezw. der Infektion als eklamptische bezeichnet werden, ferner Zähneknirschen, Erbrechen, Pulsarrhythmie, ausnahmsweise auch Nackensteifigkeit. Diese Symptome, welche an das Krankheitsbild der Hirnhautentzündung (Meningitis) erinnern, kommen auch vor, ohne dass eine nachweisbare komplizierende Hirnhautentzündung vorliegt, bezw. bei der Sektion gefunden wird; man bezeichnet sie daher als „pseudomeningitische".

Die Erkennung der Begleitdelirien bietet meistens keine wesentlichen Schwierigkeiten. Man muss nur bei halluzinierenden Kindern stets auch an die Möglichkeit einer Infektionskrankheit denken, um sich vor einem Übersehen der letzteren zu schützen. Für die Unterscheidung von der postinfektiösen akuten halluzinatorischen Paranoia sind die Bemerkungen auf S. 84 zu vergleichen. Es liegt übrigens auf der Hand, dass die Begleitdelirien zuweilen in die akute halluzinatorische Paranoia übergehen. Ebenso lässt sich die Unterscheidung von den Dämmerzuständen nicht stets scharf durchführen.

Ernstere diagnostische Schwierigkeiten entstehen nur öfters in denjenigen Fällen, welche den oben angeführten an Meningitis erinnernden Symptomenkomplex zeigen. Da zu manchen akuten Infektionskrankheiten, z. B. Pneumonie, Typhus u. a. gelegentlich eine echte Meningitis hinzutritt, so steht man ab und zu vor der

Frage, ob man es mit den pseudomeningitischen Symptomen gewöhnlicher Fieberdelirien oder mit einer hinzugetretenen echten Meningitis zu tun hat. Im Kindesalter ist diese Unterscheidung nicht stets mit Sicherheit möglich. Das Auftreten von Augenmuskellähmungen entscheidet zu gunsten einer echten Meningitis. Auch eine sehr anhaltende Nackensteifigkeit ist auf Meningitis verdächtig. Endlich achte man auf eine der Meningitis entsprechende Modifikation im Verlauf der Fieberkurve. Unter Umständen kann die sog. Lumbalpunktion die Diagnose noch weiter sichern, doch möchte ich im Kindesalter diese nicht befürworten, zumal der Verlauf sehr bald die Entscheidung herbeiführt[1]) und die Therapie durch die in Rede stehende Differentialdiagnose nicht wesentlich beeinflusst wird.

Behandlung. In vielen Fällen ist eine besondere Behandlung der Infektionsdelirien nicht erforderlich, da sie mit dem Grundleiden stehen und fallen. Die Applikation einer Eisblase auf den Kopf ist zulässig, wenn auch ihre Wirksamkeit sehr zweifelhaft ist. Wirksamer sind kurze kühle Bäder und kühle Abreibungen. Auch längerdauernde laue Bäder wirken zuweilen günstig. Die sog. Antipyretica (Chinin, Antipyrin u. s. w.) beeinflussen die Delirien im allgemeinen nicht erheblich. Grosse Chinindosen können die Gehörstäuschungen noch vermehren. Mitunter wirkt Lactophenin günstig. Bei schwerer, lebensgefährlicher Erregung ist, wenn die Hydrotherapie wirklich versagt, zu narkotischen Mitteln zu greifen. Unter diesen empfiehlt sich im Kindesalter weitaus am meisten das Chloralamid und das Chloralhydrat. Beide können entweder durch den Mund oder im Klysma verabreicht werden. Die Dosis, welche nicht zu klein bemessen werden darf, ist natürlich vom Alter abhängig. Um ungefähr einen Anhaltspunkt zu geben, erwähne ich, dass bei einem 10jährigen Kind bis zu 1 g Chloralhydrat (Chloralamid in entsprechend höherer Dosis) gegeben werden kann. In dem Tomkinsschen Fall scheint Hyoscyamin sehr günstig gewirkt zu haben. Bei den heftigsten Erregungen kann auch Chloroformnarkose notwendig werden. Nach einer solchen oder nach einer stärkeren Chloraldosis sieht man mitunter in geradezu zauberhafter Weise definitive

[1]) Freilich spricht ein günstiger Ausgang auch nicht stets gegen Meningitis. Vergl. z. B. den interessanten in Heilung übergegangenen Fall Henochs (l. c. S. 724), in welchem eine Meningitis serosa vorgelegen haben dürfte.

Beruhigung eintreten. In anderen Fällen muss die Narkose bezw. Choralverabfolgung mehrmals wiederholt werden.

Die grösste Empfehlung endlich verdienen in allen schwereren, mit starker Erschöpfung einhergehenden Fällen subkutane Infusionen einer sterilisierten physiologischen Kochsalzlösung in der Gluteal- oder Supraclaviculargegend (je nach dem Alter des Kindes 100–300 ccm): sie heben den Blutdruck und scheinen die Desinfektion des Körpers zu beschleunigen.

Unausgesetzte Überwachung ist im Hinblick auf plötzliche Gewalthandlungen und Selbstmordversuche dringend geboten, namentlich verabsäume man die Verwahrung der Fenster nicht.

β. Defervescenz- oder Kollapsdelirien.

Als Defervescenzdelirien bezeichnet man die eigenartigen Delirien, welche den kritischen Temperaturabfall bei fieberhaften Krankheiten gelegentlich begleiten. Wahrscheinlich ist die Temperaturveränderung von geringerer Bedeutung als die mit der Krise oft verbundene akute Herzschwäche (der sog. Kollaps). Auch im Kindesalter sind solche Defervescenzdelirien nicht selten. So sah beispielsweise Heubner[1]) bei einem 6jährigen masernkranken Knaben, dessen Temperatur rasch von 40,2 ° auf 37,7 ° fiel, ein Defervescenzdelirium auftreten: der Knabe hörte trommeln, sah überall Störche, die ihn in sein Bein bissen, fluchte und wurde gewalttätig gegen seine Umgebung; innerhalb einiger Tage verschwanden alle Symptome. Auch Henoch[2]) beschreibt ein solches 2tägiges Defervescenzdelirium bei Masern. Noch erheblich häufiger sind solche Delirien bei Typhus.[3])

Mitunter treten ganz analoge Delirien erst wenige Tage nach der Entfieberung auf. Die ursächliche Bedeutung der Herzschwäche ist in diesen Fällen erst recht zweifellos. Auch ein plötzlicher schwerer Blutverlust, ein längerer Hungerzustand oder eine längere Schlafentziehung können in ganz ähnlicher Weise ganz akut „Kollaps- oder Erschöpfungsdelirien" hervorrufen.

Symptomatisch gleichen sie den Fieberdelirien im Kindesalter sehr. Unter den Halluzinationen herrschen Tiervisionen vor.

[1]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Bd. 1, S. 295.
[2]) Charité-annalen 1891.
[3]) Vgl. z B. Henoch, l. c. S. 805. Einen Fall bei Scharlach teilt z B. Hilbert mit (D. Heilkunde, 1900, Aug; 16jähr. Knabe).

Die Beschleunigung der Ideenassoziation ist oft ausgesprochener als die Inkohärenz. Die Affektlage ist ab und zu auch krankhaft heiter. Die motorische Erregung ist gewöhnlich sehr heftig.

Der Verlauf hängt im allgemeinen von dem weiteren Verhalten der Herztätigkeit ab. Mit Erholung der letzteren pflegen — auch ohne Gewichtszunahme — alle Symptome meistens ziemlich rasch zu verschwinden. Die Dauer bemisst sich nach Stunden oder Tagen. Eine abnorme Ermüdbarkeit, Reizbarkeit und Weinerlichkeit bleibt oft noch wochenlang zurück. Partielle Amnesie ist meistens zu konstatieren. Ab und zu leitet ein längerer Schlaf die Genesung ein. Tötlicher Ausgang durch Erschöpfung ist nicht selten.

Die Erkennung ist durchweg leicht. Nur kann man zuweilen zweifeln, ob es sich um ein rasch vorübergehendes Kollapsdelirium oder eine akute halluzinatorische Paranoia auf dem Boden der Erschöpfung handelt. Auch ist zu beachten, dass ab und zu jenes in diese übergeht.[1])

Die Behandlung ist vor allem auf Hebung des Kräftezustandes und insbesondere der Herztätigkeit zu richten. Man muss daher dem erkrankten Kind stündlich Nahrung anbieten (Milch, Eier etc.); in jedem ernsteren Fall füge man subkutane Injektionen einer physiologischen Kochsalzlösung zu. Mit Kaffee, Tee und eventuell Kampfer versuche man die Herztätigkeit unmittelbar zu heben. Weniger geeignet scheint mir Alkohol im Kindesalter.[2]) Zur Beruhigung empfehlen sich prolongierte warme Bäder oder Chloralamid. Ununterbrochene, sorgfältige Überwachung ist auch bei diesen Zuständen notwendig.

γ. Inanitionsdelirien.

Dieselbe Rolle, welche der akuten Erschöpfung bei den Kollapsdelirien zukommt, spielt die chronische Erschöpfung bei den Inanitionsdelirien. Begreiflicher Weise kommen daher auch Übergänge zwischen beiden und der akuten halluzinatorischen

[1]) Vgl. z. B. Heinemann, Arch. f. Kinderheilk. Bd. 36 (Pneumonie). Auch kann das Fieberdelirium in ein Kollapsdelirium übergehen. Hierher gehört vielleicht der Scharlachfall Henochs l. c. S. 699.

[2]) Beachtenswert ist in dieser Beziehung der Diphtheriefall Henochs (l. c. S. 768), in dem ein Kollaps (ohne Delirium) mit so grossen Alkoholdosen behandelt wurde, dass dadurch heitere Delirien hervorgerufen wurden; nach einer anfänglichen Besserung trat trotzdem der Tod ein.

Paranoia vor. Die wichtigsten Ursachen einer solchen fortlaufenden Inanition sind Nahrungsmangel und kachektische, d. h. mit einem langsamen Verfall der Kräfte einhergehende Krankheiten. Unter den letzteren kommen im Kindesalter namentlich Tuberkulose und Malaria in Betracht. Einen sehr charakteristischen Fall habe ich auch bei Empyem gesehen.[1])

Die Inanitionsdelirien gleichen den Infektionsdelirien sehr, nur ist der Verlauf meist nicht so stürmisch, oft remittierend. Im übrigen sind sie im Kindesalter so selten, dass eine nähere Besprechung sich hier erübrigt.

δ. Toxische Delirien.

Echte toxische Delirien sind im Kindesalter gelegentlich bei Vergiftungen mit Alkaloiden beobachtet worden. Namentlich sind wiederholt nach Einverleibung von Atropin[2]) zu ärztlichem Zweck oder nach dem Genuss von Stechapfelsamen bei Kindern[3]) Delirien beobachtet worden, welche an Delirium tremens erinnern. Ähnlich verläuft auch die Duboisinvergiftung.[4]) Vielleicht kann auch die Vergiftung mit verdorbenem Fleisch, in welchem Anrep das sog. Ptomatropin nachgewiesen hat, ähnliche Symptome hervorrufen.[5])

Eine Cannabisvergiftung hat Attler[6]) beschrieben. Der Patient sah Feuer, die Bilder schienen ihm von den Wänden zu fallen u. s. f.

Häufiger als solche exogene, d. h. durch Einverleibung giftiger Substanzen von aussen entstandene Delirien sind autotoxische Delirien. Diese entstehen durch die fortlaufende Einwirkung eines Giftes, welches sich infolge einer Stoffwechsel-

[1]) Diagnostisch kommt natürlich auch hier die Komplikation mit Meningitis in Betracht. Vgl. z. B. den sehr interessanten Fall von Würtz, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 53, S. 577.

[2]) Reichl, Prag. Med. Wchsch. 1880. (6jähriges Kind, 0,035 Atropin); Grape, Hygiea, 1886.

[3]) Friedemann, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 38, S. 354; Ord, Med. Examiner, 1877 (2¼jähriges Kind).

[4]) Vgl. Jakubowitsch, Med. West. 1884 (Referat im Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 22). — Eine chronische Santoninvergiftung bei einem 14jährigen Knaben beschreibt Rey, Therap. Monatsbl. 1889, Nov.

[5]) Allerdings ist der einzige hierher gehörige Fall, welchen Slawyk mitgeteilt hat (Berl. Klin. Wchsehr. 1898, Nr. 38, S. 847) nicht einwandfrei. Es handelt sich um 3 Geschwister, welche verdorbenes Pökelfleisch genossen hatten. Der Verlauf war fieberlos, Pupillen erst starr, dann träg, Reflexe gesteigert, zahlreiche Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Puls 130, Magen und Darm frei.

[6]) Lancet, 17. Oktbr. 1896.

störung im Organismus selbst bildet (vergl. S. 52). Hierher gehören die ziemlich häufigen sog. urämischen Delirien bei Nierenkrankheiten, ferner die äusserst seltenen diabetischen Delirien. Auch die bei zerstörenden Leberkrankheiten auftretenden Delirien sind hierher zu reehnen.[1])

Ausnahmsweise kann aueh die Anwesenheit von **Würmern** im Darm Delirien bedingen. Meist treten jedoch nur Konvulsionen ohne Delirien auf.[2])

[1]) So beschreibt z. B. Shaw (Lancet 1884, B. S. 191) einen solchen Fall bei einem 7jährigen Mädchen mit akuter gelber Leberatrophie. Die alkoholistische Lebercirrhose des Kindesalters (vergl. z. B. Beck, Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 55, S. 195) verläuft in der Regel ohne Delirien.

[2]) Emminghaus, l. c. S. 45, Peiper, Deutsche Med. Wchschr. 1897.

WELLCOME LIBRARY

VERLAG VON REUTHER & REICHARD, BERLIN W. 9.

DIE
IDEENASSOZIATION DES KINDES.

VON

DR. TH. ZIEHEN,

ORD. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT HALLE.

1. u. 2. ABHANDLUNG.

gr. 8°. Preis Mk. 1,50 u. 1,60.

Urteile:

„. . . Die Untersuchungen Z.'s sind für die praktische Pädagogik von grosser Bedeutung. Der Neigung, sich mit allgemeinen pädagogischen Redewendungen bei Fragen der Befähigung, Beanlagung, des Talents und boi Beobachtungen von Fortschritten über eine ganz bestimmte Bezeichnung hinwegzuhelfen, arbeiten solche Untersuchungen entgegen, indem sie zielbewusste Fragen an den Erzieher stellen. . . . . Man darf den weiteren Teilen der Z.'schen Abhandlung mit einiger Spannung entgegensehen."

[A. Matthias i. d. Deutsch. Literaturzeitung.]

„. . . . . Für den Psychologen wie für den Pädagogen von grossem Interesse, . . . die Sorgfalt und Gründlichkeit, mit der der rühmlichst bekannte Verfasser seine Untersuchungen betrieben hat, erhöhen natürlich deren Wert bedeutend."

[Wissensch. Beilage der Leipziger Zeitung.]

„. . . Die Arbeit hat eine ähnliche Bedeutung, wie die von anderen Seiten unternommenen Untersuchungen zur Feststellung des bei Kindern vorhandenen Vorstellungsschatzes, und wie diese letzteren das lebhafteste Interesse der Lehrerwelt erregt haben, so werden auch die Ziehenschen Arbeiten die Wertschätzung und Beachtung finden, die sie verdienen. Eine Gesamtbeurteilung werden wir bringen, sobald die folgenden Abhandlungen erschienen sein werden. Wir raten aber schon heute jedem Lehrer, sich die angezeigte Arbeit anzuschaffen und sie gründlich zu studieren."

[Haus und Schule.]

„Wie wenig zuverlässig oder doch entscheidend die Selbstbeobachtung ist, beweist die hergebrachte Lehre von der Ideenassoziation. Nichts scheint der inneren Beobachtung sicherer zu sein als die Assoziation auf Grund der Ähnlichkeit, und doch kommen Versuche, wie sie Ziehen angestellt hat, zu einem wesentlich anderen Ergebnisse . . . . Dass derartige Ergebnisse für die Pädagogik, insbesondere für die Unterrichtsmethode, von hoher Bedeutung sind, leuchtet ohne weiteres ein."

[Deutsche Schule.]

VERLAG VON REUTHER & REICHARD, BERLIN W. 9.

DIE

GEISTESKRANKHEITEN DES KINDESALTERS

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG
DES SCHULPFLICHTIGEN ALTERS.

VON

DR. TH. ZIEHEN,
ORD. PROF. AN DER UNIVERSITÄT HALLE.

Erstes Heft Mk. 1,80.

[Das zweite Heft liegt hier vor; ein drittes (Schluss-)Heft wird binnen Jahresfrist folgen.]

„Seit Emminghaus wurde in Deutschland kein Lehrbuch der kindlichen Psychosen bisher veröffentlicht. Deshalb war es hohe Zeit, diese Lücke ausgefüllt zu sehen. Es konnte dies wohl kaum besser geschehen, als durch Ziehen, der auf diesem Gebiete, besonders auf dem der schwachsinnigen Kinder, grosse eigene Erfahrung hat. Bei ihm ist ferner die **Vollständigkeit und Klarheit selbstverständlich, und auch ein Laie versteht alles, da fremde Ausdrücke meist vermieden oder verdeutscht sind** . . . . . Erschöpfend ist die Ätiologie dargestellt . . . . . oft finden sich auch Beispiele. Der Leichenbefund wird kurz berührt, dagegen eingehend die Symptomatik geschildert, und **die psychologischen Analysen sind vortrefflich gelungen.** Auch die körperlichen Zeichen sind nicht vernachlässigt und **sehr eingehend wird die Behandlung, namentlich die pädagogische, gezeichnet.**“

[Med.-Rat Dr. Nacke i. Archiv f. Kriminalanthropologie VIII.]

„Ziehens Name bürgt für die Brauchbarkeit des Werkes; wir empfehlen es als eine **hervorragende Erscheinung auf dem Gebiete der medizinisch-pädagogischen Literatur.**“

[Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer 1902, 9/10.]

„. . . Die Arbeit . . . kann **Pädagogen wegen der naturgetreuen Schilderung der Krankheitsbilder und der vielen trefflichen Winke zum Unterricht aufs wärmste empfohlen werden.**“

[Literarisches Centralblatt 1902, 8.]

Druck von Paul Schettlers Erben, Gesellsch. m. b. H., Hofbuchdruckerei in Cöthen.